UNIVERSITE DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1911 N°

DE

L'EXCLUSION VÉSICALE

DANS LA

TUBERCULOSE DE LA VESSIE

THESE

présentée pour le Doctorat en Médecine

PAR

le Dr François DI CHIARA

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Président : M. SEGOND, *professeur.*

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAITRE,

M. LE DOCTEUR GUINARD,

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Mort victime d'un lâche assassinat, je dédie cet humble travail, en souvenir de ma respectueuse affection et de ma profonde gratitude pour celui qui, par ses conseils, son exemple et sa confiance, me permit de devenir un chirurgien.

29266

A MA FEMME

A MON FILS JEAN

A MA FILLE MARGUERITE

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE,

LE DOCTEUR FRANÇOIS DI CHIARA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PALERME.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR SEGOND

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

avec mes sentiments de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES CHERS AMIS ET COLLÈGUES,

VAUCHER, LAROCHE, SALIN

en souvenir de notre commune préparation de l'Internat.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARS

Externat :

M. le Professeur agrégé CHARRIN (*in memoriam*)
Maternité 1904-1905.

M. le Professeur agrégé THIERY
Saint-Antoine 1905-1906

M. le Professeur agrégé TROISIER
Beaujon 1906-1907.

Internat :

M. le Professeur agrégé THIERY
Tenon 1907-1908.

M. le Professeur agrégé TROISIER
Beaujon 1908-1909

M. le Professeur agrégé LEGUEU
Laënnec 1909-1910.

M. le Dr GUINARD (*in memoriam*)
Hôtel-Dieu 1910-1911.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES DOCTEURS

JUDET, LAUNAY, HUMBERT, SCHWARTZ,
BAUMGARTNER, GUIBE

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MESSIEURS LES DOCTEURS

SEBILEAU, DESCOMPS, DESMARETS

INTRODUCTION

Pendant l'année d'Internat (1909-1910), chez notre maître le professeur agrégé Legueu, nous avons été le témoin du fait que nous allons résumer brièvement :

En janvier 1910, entrait dans le service, salle Chassaignac, un homme âgé de 34 ans, qui, quatre ans auparavant avait été opéré, à Necker, par M. Legueu pour une tuberculose rénale droite.

Une néphrectomie lombaire avait été faite, mais sa vessie était tuberculeuse et les lésions avaient continué à évoluer après l'opération.

Le malade avait suivi les traitements habituellement efficaces : les topiques classiques avaient été tour à tour employés ; le sublimé, l'acide phénique, puis le gaïacol, enfin le goménol ; on était passé des petites injections aux instillations et, plus tard, des instillations au traitement général seul.

Aucune amélioration n'avait récompensé d'aussi nombreux essais thérapeutiques, bien plus, la situation

n'avait fait que s'aggraver au point que, lorsqu'il entra dans le service, cet homme était vraiment *au comble du désespoir moral et de la déchéance physique.*

Des mictions incessantes ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit, des douleurs continuelles qui n'avaient pas le temps de s'éteindre entre deux crises le torturaient sans cesse.

Il ne dormait ni ne mangeait, et maigrissait peu à peu.

Le moindre traitement de sa vessie provoquait une exacerbation de ses douleurs et l'on en était venu peu à peu à des doses croissantes de morphine pour apporter un léger soulagement à ce malheureux.

Dans ces conditions, M. Legueu proposa au malade de tenter une opération qui allait mettre sa vessie dans le calme tant désiré. Et voici ce que fut cette opération, à laquelle j'eus l'honneur d'assister comme aide.

Le ventre ouvert et le malade mis en déclive, on cherche au niveau du détroit supérieur, l'uretère sous le péritoine; on le trouve gros, dilaté, épaissi, certainement infecté.

Le péritoine est incisé à sa surface au-dessus et au-dessous du côlon sygmoïde, l'uretère est libéré, coupé en bas, entre deux ligatures au thermocautère.

L'uretère dénudé est relevé au-dessus du côlon, la brèche péritonéale soigneusement réparée.

On procède alors à l'implantation de l'uretère dans l'S iliaque ; cette implantation est faite directement sans valvule.

Le malade guérit merveilleusement, sans complications.

Depuis le jour de l'opération le malade ne sentit plus sa vessie, il n'eut plus de douleurs, pas même d'élancements.

Il quitta le service vers le vingtième jour, dans un état très satisfaisant. Pendant tout le reste de l'année je ne le revis plus dans le service.

J'avais perdu le souvenir de ce malade, lorsque, l'année suivante, il m'aborda dans la rue. J'eus de la peine à le reconnaître tant il était changé. Gai, souriant, engraissé, il me rappela ses souffrances passées, son séjour à Laënnec, son opération. Il avait repris son travail, il était heureux et, résumant en un mot sa situation actuelle « il se trouvait au paradis, me dit-il, après avoir été à l'enfer ».

En somme, il avait suffi d'isoler la vessie de son courant excrétoire pour obtenir une transformation radicale de l'état du malade.

L'exclusion vésicale, comme l'a si justement dénommée notre maître, M. Legueu, semble donc mériter de prendre place dans la thérapeutique chirurgicale des formes graves de la tuberculose de la vessie.

Et c'est très impressionné par cet exemple remarquable que, sous l'inspiration de notre maître, M. Legueu, nous avons consacré notre thèse inaugurale à l'étude de cette question: L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie.

Nous adressons, ici, à notre maître, nos remerciements et notre reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer au cours de nos recherches et nous avons senti combien l'appui de sa grande autorité nous a été utile pour mener à bien ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Les cystites tuberculeuses graves

Il nous faut tout d'abord pour limiter notre sujet et poser la question, définir ce que nous entendons par cystite tuberculeuse grave.

Nous rappelons que l'on peut, comme le fait dans son *Traité chirurgical d'Urologie*, notre maître, M. Legueu, classer les cystites tuberculeuses en trois groupes:

1° Il est des cystites tuberculeuses qui sont dominées par une tuberculose rénale et ce sont de beaucoup les plus nombreuses, elles ne guérissent pas, ne peuvent pas guérir à moins que le rein lui-même ne soit enlevé.

2° Il est des cystites tuberculeuses qui sont secondaires à une tuberculose génitale.

3° Il est enfin des cystites tuberculeuses primitives,

indépendantes de toute tuberculose rénale; elles n'ont avec la tuberculose génitale aucune relation, si ce n'est de coïncidence.

Or, il arrive que pour certaines des cystites du premier groupe, après la néphrectomie, les lésions vésicales au lieu de guérir plus ou moins lentement, continuent, au contraire, à évoluer, voire même à s'aggraver de jour en jour, et cela malgré les thérapeutiques les plus correctes. Voilà bien des cystites graves.

On peut se demander pourquoi la néphrectomie, le meilleur et le plus efficace traitement de la cystite tuberculeuse dans la très grande majorité des cas, reste impuissante dans ces cas particuliers.

D'après M. Legueu, quoiqu'il soit difficile de se prononcer, en raison de la rareté des documents anatomo-cliniques, on peut, de certains faits observés, penser que ces cystites graves sont entretenues, fortifiées par une tuberculose du rein unique, tuberculose concomitante de la néphrectomie et méconnue parce qu'insignifiante et douteuse; ou tuberculose consécutive et due à une inoculation secondaire,

Quoi qu'il en soit, la vessie continuant à recevoir des bacilles ne peut guérir.

Mais ces cystites tuberculeuses rebelles à la néphrectomie, rebelles à tout traitement, ne sont pas les seules à constituer ces cas, heureusement très rares, de cystites tuberculeuses graves.

Il y a en effet, des cystites tuberculeuses dépendant uniquement d'une tuberculose génitale — que la né-

phrectomie ne saurait, par conséquent, modifier — et qui résistent également aux traitements habituels.

Quelle que soit leur origine, ces cystites tuberculeuses graves, très nombreuses avant l'avènement de la néphrectomie et l'éclosion des doctrines modernes sur les rapports qui en matière de tuberculose, lient la vessie au rein; évoluent avec de telles douleurs chez les malheureux malades, qu'en présence de l'inutilité des médications habituelles, on va chercher dans la chirurgie le secours nécessaire.

Or, quelles sont, à l'heure actuelle, les ressources que la chirurgie nous offre pour calmer ces malheureux ?

Nous ne parlerons pas de la dilatation du col, opération irrationnelle, pour qui connaît la physiologie pathologique de la douleur dans la cystite; Hartmann, dans sa Thèse de 1887, cite un grand nombre d'observations françaises (de Terrillon, Le Dentu, Monod, Guyon, Segond, Felizet, Campenon), ou étrangères et principalement anglaises et américaines. Il montre qu'aucun bon résultat n'est obtenu dans la cystite tuberculeuse par ce procédé.

Quant à la boutonnière uréthrale, vulgarisée par Thompson, dans les 7 observations rapportées par Pasteau, dans son rapport, on n'arriva à obtenir qu'une diminution des symptômes douloureux.

A l'heure actuelle, le traitement opératoire de ces cystites graves comprend deux opérations : la cystostomie d'une part ; opération purement palliative ; et,

d'autre part, une opération radicale, mais grave, la cystectomie.

Dans la première partie de ce travail, nous allons exposer les résultats thérapeutiques fournis par ces deux opérations, et les constatations que nous serons à même de faire par l'examen des observations les concernant nous amèneront à étudier, dans une deuxième partie, l'exclusion vésicale, opération qui nous semble devoir remplacer les cystostomies et la cystectomie dans le traitement de ces cas de tuberculose vésicale, que nous avons définis comme étant des cas de cystite tuberculeuse grave.

CHAPITRE II

Les cystostomies dans la tuberculose vésicale.

Dans le but de réaliser un drainage de la vessie, de la mettre au repos et conséquemment de réduire au silence les douleurs; les chirurgiens ont pratiqué la cystostomie dans les cystites rebelles en général et en particulier dans la cystite rebelle tuberculeuse.

Les voies suivies ont été: la voie vaginale chez la femme, la voie périnéale chez l'homme; enfin, dans les deux sexes, la voie hypogastrique.

Nous allons étudier ces différentes cystostomies afin de nous rendre compte de leur efficacité dans le traitement des symptômes fonctionnels de la cystite tuberculeuse, et nous commencerons par l'étude de la taille hypogastrique ou cystostomie sus-pubienne:

1° Cystostomie sus-pubienne.

C'est M. Guyon qui fit en 1885, le premier, la taille hypogastrique pour des lésions tuberculeuses. Dans une leçon de clinique, publiée dans la *Semaine médicale*, 4 novembre 1885, il parle du malade déjà opéré par lui et d'un second qu'il va tailler.

M. Guyon fit encore des communications au Congrès de chirurgie 1888-1889.

Si nous relevons ainsi les cystites tuberculeuses opérées à Necker, nous voyons que les résultats sont les suivants: pour le premier opéré en 1885, il y eut amélioration ; mais la cicatrisation rapide de la plaie fut suivie du retour de la douleur.

Au Congrès de chirurgie de 1888-1889, il s'agissait de trois tuberculeux.

L'un revu en août 1889, c'est-à-dire quatre ans après l'intervention était en bon état, mais l'usage de la morphine n'avait pas pu être supprimé complètement. Un autre malade, opéré en mars 1888 présentait un rein volumineux et douloureux et des mictions extrêmement fréquentes. L'intervention eut pour résultat de faire disparaître la douleur, mais les lésions étaient trop avancées et peu de temps après le malade succombait.

Cette observation n'est pas concluante en faveur de la cystostomie, car le décès est survenu trop tôt pour

que l'on ne puisse penser que si le malade avait survécu les douleurs seraient revenues comme on le voit pour la grande majorité des cas; de plus, la muqueuse vésicale était absolument intacte à l'autopsie — nous sommes bien loin des lésions si intenses observées dans nos observations. Quant au troisième malade, après une amélioration passagère, les douleurs étaient en partie revenues.

A l'étranger, la cystostomie est acceptée; mais, à part l'heureux succès de Reverdin, publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, en décembre 1891, le cas de Schatz dans lequel le symptôme douleur disparut complètement, nous ne trouvons signalées que des améliorations; persistantes dans les trois observations de Bell, passagères chez les malades de Pilcher, Eigenbrodt.

Hartmann, en 1887, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du traitement rationnel des cystites douloureuses. En lisant les observations rapportées par l'auteur sur les résultats obtenus par la cystostomie, soit hypogastrique, soit périnéale chez l'homme; soit vaginale chez la femme (kolpocystostomie), on est forcé de conclure avec lui que ces résultats sont excellents en ce qui concerne toutes les variétés de cystites douloureuses autres que les cystites de nature tuberculeuse.

Pour ces dernières, en effet, il ressort de la lecture des quatre cas rapportés: deux de Diffel et un de Verneuil, qu'il n'y eut qu'une amélioration temporaire; seul, le quatrième cas, celui de Guyon, traité par la

fistule sus-pubienne, fut un succès, mais le malade continua à prendre de la morphine; aussi, on peut se demander si les douleurs résiduelles n'ont pas échappé ainsi à l'observation; masquées qu'elles pouvaient être par le narcotique.

Vigneron, au septième Congrès de chirurgie, en 1893, fit une communication importante sur les résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne; et sa statistique est assez noire; cinq fois, en comprenant une malade déjà curettée par l'urèthre, on a pratiqué la cystostomie, puis détruit les lésions tuberculeuses à ciel ouvert, soit par le curettage, soit par l'excision.

Selon les cas on a terminé l'opération par l'écouvillonnage avec un tampon de gaze iodoformée, par des cautérisations au fer rouge ou au chlorure de zinc ou enfin, par le tamponnement de la vessie à la gaze iodoformée. Quatre fois le résultat immédiat a été satisfaisant : disparition des douleurs et des hématuries, amélioration de l'état général. *Malheureusement*, l'amélioration ne persiste qu'autant que dure la fistule, et celle-ci fermée, les douleurs et la fréquence de la miction réapparaissent. D'ailleurs, l'évolution des lésions tuberculeuses se poursuit. Trois des opérés sont morts au bout de quelques mois; les deux survivants sont dans un état assez précaire.

Chaput, en 1894, publie dans les *Archives générales de Médecine*, une observation que nous reproduisons *in-extenso*, car elle semble rentrer dans la catégorie des malades auxquels l'exclusion aurait rendu service

et elle nous montre également l'impuissance de la cystostomie:

Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique, persistance des douleurs. Abouchement de l'uretère gauche dans le côlon iliaque. Trois mois après abouchement de l'uretère droit dans le cæcum. Mort d'anurie. — La malade âgée de 45 ans, entre le 4 février 1892 à la Salpêtrière dans le service de M. Terrillon.

Elle est pâle et maigre et se plaint d'éprouver depuis trois mois des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical et de violentes douleurs dans la vessie; elle a de fréquentes hématuries peu abondantes, d'ailleurs...

L'urine est trouble et contient du muco-pus; le cathétérisme n'indique rien d'anormal. La malade rend par jour environ 2 litres d'urines troubles dans toute leur hauteur, avec un dépôt de pus de quelques millimètres au fond du bocal. Au toucher vaginal, le col est mobile, porté un peu en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve le corps utérin en rétroflexion.

La palpation des reins révèle une augmentation de volume du rein droit. La malade est atteinte d'une ankylose de la hanche, qui paraît avoir débuté au moment de sa première grossesse à 25 ans.

A l'auscultation, on trouve de la respiration rude, et des craquements humides aux sommets.

La mère de la malade est morte à 35 ans d'une fluxion de poitrine. Pas d'antécédents collatéraux sauf un frèr

mort en bas âge: cinq autres frères et sœurs sont encore vivants.

La malade a eu deux enfants non vivants; c'est pendant sa première grossesse qu'elle a eu une affection articulaire de la hanche terminée par ankylose.

Il y a quatre ans, la malade a eu des métrorrhagies très abondantes revenant tous les deux ou trois mois; à plusieurs reprises, on dut faire le tamponnement vaginal. Elle éprouvait aussi des douleurs hypogastriques violentes exagérées par la menstruation.

Depuis deux ans, les métrorrhagies ont presque disparu, les règles sont devenues régulières, mais les douleurs persistent, très vives, expulsives.

Enfin il y a trois mois, comme nous l'avons rappelé plus haut, ont apparu les troubles de la miction.

Aussitôt entrée dans le service, on fit subir à la malade les traitements les plus variés :

D'abord les lavages boriqués; puis des injections vésicales au nitrate d'argent au 1/1000 et au 1/500.

On administre à l'intérieur de la térébenthine et du borate de soude.

On mit pendant plusieurs semaines la sonde de Pezzer à demeure.

On fit la dilatation uréthrale avec le dilatateur de Sims ; il y eut de l'incontinence d'urine pendant trois jours, et les douleurs reparurent ensuite plus intenses.

La malade prit alors des bains qui lui donnèrent quelque soulagement.

En juin, les hématuries augmentant de fréquence et d'abondance, et les douleurs deviennent plus vives.

L'échec des méthodes précédentes me conduisit au diagnostic de cystite tuberculeuse et me décida à tenter une intervention; je rejetai la cystostomie vaginale en raison de l'infirmité qu'elle comporte (écoulement incessant des urines), et je me décidai à pratiquer la taille hypogastrique.

Cette opération fut exécutée le 5 juillet 1892.

Le vagin bien désinfecté ayant été bourré de gaze iodoformée, une injection boriquée fut faite dans la vessie intolérante et le liquide fut maintenu par la compression exercée sur l'urèthre par le doigt d'un aide...

Je fis alors l'incision médiane, arrivai sur la vessie, je la dénudai avec les doigts. J'en saisis les parois avec deux pinces érignes et incisai sur une longueur de 2 centimètres l'organe dont les parois mesuraient 1 centimètre d'épaisseur.

Toute la surface muqueuse était irrégulière, de consistance inégale et parsemée d'ulcérations profondes.

Je fixai la vessie à la peau par 6 points de suture et j'y introduisis un long tube de caoutchouc faisant siphon, qui débouchait dans un bocal rempli d'eau boriquée. Le lendemain, je remplaçai le tube unique par les tubes Périer-Guyon. La malade continuant à être mouillée, j'essayai la sonde de Pezzer qui nous donna satisfaction pendant quelque temps.

Les suites opératoires furent apyrétiques, la malade souffrit bientôt beaucoup moins et son état général ne tarda pas à s'améliorer.

En novembre 1892, l'amélioration est sérieuse, quant aux douleurs spontanées, mais la malade se plaint d'être constamment mouillée par la fistule abdominale. On ne peut songer à fermer la fistule, car la vessie s'est tellement rétractée, qu'elle n'a plus que les dimensions d'un trajet fistuleux à parois très épaisses; d'autre part, les quelques gouttes d'urine que la malade émet par intervalles par l'urèthre, occasionnent de vives douleurs.

En présence de cette douloureuse situation, encouragé par le succès de ma première observation d'abouchement de l'uretère, je formai le dessein d'enlever toute la vessie après avoir au préalable abouché les deux uretères dans l'intestin.

Le 25 novembre 1892, j'exécute l'abouchement de l'uretère gauche dans le côlon iliaque. L'uretère est d'un fort calibre (petit doigt); l'abouchement est fait par implantation directe. A la suite de cette intervention, la malade eut 7 ou 8 selles en diarrhée en vingt-quatre heures.

A certaines périodes, la diarrhée était moins fréquente, mais elle était de courte durée. Comme on peut le penser, aucune amélioration du côté des douleurs vésicales.

Trois mois après, abouchement de l'uretère droit au cæcum; comme le premier, cet uretère est épaissi et présente le volume du pouce.

La malade resta constamment apyrétique, mais elle tomba dans le coma et il semble qu'elle ait succombé à de l'anurie.

En 1895, dans sa thèse inaugurale sur la valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, Michon consacre un chapitre particulièrement intéressant sur les bénéfices que la tuberculose vésicale peut retirer de la cystostomie. Ces bénéfices sont d'ailleurs négatifs. Voici comment s'exprime cet auteur à ce sujet:

Les cystites tuberculeuses sont souvent des cystites douloureuses dans la plus forte acception du terme; les douleurs se montrent sous forme de crises d'une intensité extrême: on doit alors appliquer à leur traitement la taille hypogastrique. Avec celle-ci il y a du soulagement immédiat, *mais même avec la persistance de la fistule*, il n'est pas rare *de voir les douleurs réapparaître* sous la forme d'élancement se propageant surtout dans la direction de la verge, et la tuberculose continue à évoluer. »

Les conclusions pessimistes formulées par l'auteur découlent des trois observations qu'il rapporte et que nous transcrivons ci-après:

Observation I. *Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique, amélioration très légère, passagère.*

Le nommé Eugène B..., âgé de 50 ans, entré le 31 janvier 1887, salle Saint-Vincent, lit n° 2, service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.

Antécédents. A 41 ans, purpura hémorrhagique; en 1883, à la suite d'un refroidissement une bronchite, qui, au dire du malade, aurait traîné assez longtemps. Pas de toux, pas de sueurs nocturnes; le malade prétend avoir eu une hémoptysie. En 1870 chancre mou, jamais de blennorrhagie; excès vénériens pendant cinq ans, excès alcooliques depuis cinq ans. Le malade vint à Necker pour des accidents dont voici l'histoire: au mois de septembre 1886, sans aucune cause occasionnelle, le malade commence à souffrir à la fin de la miction. Cette douleur n'avait pour siège ni le canal, ni le gland, mais le bas-ventre. La marche exagérait cette douleur mais la voiture ne produisait rien.

En octobre 1886, le sang apparut pour la première fois à la fin de la miction. Cette hématurie est peu abondante et ne consiste que dans quelques gouttes de sang, elle ne reparaît d'ailleurs que de loin en loin (trois fois en trois semaines), et cela sans cause apparente. En même temps, fréquence des mictions: douze fois par jour, autant la nuit. Le repos améliorait beaucoup ces symptômes, la nuit la douleur étant presque nulle même pendant la miction; dès que le malade se levait, elle reparaissait beaucoup plus vive, peu à peu les mictions devenaient de plus en plus fréquentes, de plus en plus douloureuses. La persistance de tous ces troubles et leur résistance à tous les traitements firent tomber le malade dans la plus profonde hypocondrie.

A son entrée à l'hôpital, l'état général est satisfaisant, l'appétit est bon, il n'y a pas d'amaigrissement.

L'urèthre libre, seulement un peu de spasme à la portion membraneuse. La vessie est douloureuse au contact de l'explorateur, peu douloureuse au doigt rectal même avec palpation hypogastrique.

La prostate, les vésicules terminales, les épididymes et les reins sont absolument normaux. Les urines sont légèrement troubles et purulentes.

L'auscultation des poumons est négative, mais l'examen bactériologique, fait par le Dr de Gennes, est affirmatif, il y a des bacilles de Koch dans l'urine.

L'examen répété le 13 février, montre dans l'urine l'existence d'une quantité considérable de bacilles.

Et tour à tour on essaie différents traitements: instillations au nitrate d'argent, éther iodoformé, iodoforme à l'intérieur: tout est inutile et au contraire, le traitement local produit une aggravation de l'état douloureux.

Toutefois, le traitement spécial par l'iodoforme à l'intérieur est prolongé jusqu'à la fin du mois. A cette époque, l'éxamen des urines fait par le Dr de Gennes, prouve l'existence d'une quantité énorme de bacilles aussi nombreux qu'au premier examen.

Le 30 avril, cystostomie sus-pubienne par M. Guyon. Ballon rectal. Incision cutanée de 12 centimètres. Relèvement du péritoine, incision de la vessie. La surface interne de la vessie se présente avec une coloration rouge intense, généralisée avec quelques apparences fongueuses au niveau du col et sans ulcération appréciable.

Un grattage sévère est pratiqué dans toute l'étendue de la surface vésicale, une profonde cautérisation au fer rouge est faite au pourtour du col. Suture de la vessie au catgut, deux points à l'angle inférieur, tubes siphon au-dessus, achèvement de la suture vésicale.

Suture des muscles au catgut, suture de la peau et aponévrose au fil d'argent. Iodoforme, lavage. Les suites opératoires sont des plus simples, pas de fièvre, pas de réaction locale, bon fonctionnement des tubes qui ne sont enlevés que le quinzième jour (5 mai).

A cette date, de très nombreux bacilles sont encore trouvés. La sonde à demeure est placée le 15 mai, mais elle ne fonctionne pas très régulièrement tout d'abord; à ce moment et pendant cinq jours, le malade présente des troubles gastriques dus à l'iodoforme.

Le 3 novembre, une fistule persiste encore, *la vessie est toujours douloureuse*. Instillations au nitrate d'argent à 3 pour 1.000 tous les jours. Deux examens des urines: dans les deux cas on n'a plus trouvé de bacilles.

Le 31 décembre 1887, suture de la vessie, deux fistulettes persistent.

Le 20 juillet 1888, cautérisation des fistules au galvano-cautère.

A partir de juillet 1888, on a cessé *toute espèce de traitement local, ce traitement n'amenant aucune amélioration.*

Le malade s'est alité au commencement de 1889 *parce que la station debout et la marche exaspéraient ses*

douleurs, et que l'*urine coulait presque toute par les fistules persistantes* de la région sus-pubienne. Peu à peu son appétit a disparu, il s'est mis à maigrir, à s'affaiblir de plus en plus, et il s'est éteint dans le coma le 22 juillet 1889.

Autopsie. — Foie gros, poumons absolument sains. Les reins sont enveloppés d'une masse énorme de tissu cellulaire adipeux. Le tissu rénal est entièrement adhérent à l'enveloppe cellulo-adipeuse, qui mesure 2 à 5 centimètres d'épaisseur.

Le rein droit présente des lésions de néphrite suppurée. Pas trace de noyaux caséeux ni de granulations tuberculeuses.

Le rein gauche est transformé en une vaste poche purulente à loges séparées par des cloisons incomplètes. La coque rénale ne dépasse pas quelques millimètres d'épaisseur. *Aucune trace de lésions d'apparence tuberculeuse.*

Les vésicules séminales forment derrière la vessie une masse volumineuse, mal délimitée, renfermant des foyers caséeux. Noyaux caséeux dans un des épididymes.

Observation II. *Cystite tuberculeuse. Blennorrhagie ayant aggravé la tuberculose vésicale. Cystostomie sus-pubienne. Amélioration passagère. Retour des douleurs.*

Le nommé Joseph B..., 21 ans, briquetier, entre le 13 janvier 1894, à l'hôpital Necker, salle Civiale, n° 8,

dans le service de M. le Dr Ricard, suppléant de M. le Dr Routier.

Il a maigri beaucoup depuis quelque temps, se plaint d'avoir des envies fréquentes d'uriner, et des douleurs violentes au moment de la miction.

Les antécédents ne présentent rien de particulier; il a quatre frères et quatre sœurs bien portants; ses parents ne paraissent pas avoir été tuberculeux. Lui-même a joui d'une excellente santé jusqu'en 1892; il se livre à des fréquents excès de coït et d'alcool.

A la fin de 1892, à la suite d'un refroidissement, dit-il, il remarque qu'il est obligé d'uriner plus fréquemment que d'habitude, les mictions sont un peu douloureuses et reviennent toutes les demi-heures. La miction ne suivait pas immédiatement l'envie d'uriner et la fin en était marquée par une douleur extrêmement vive dans la région hypogastrique et dans la région périnéale, douleur qui obligeait le malade à garder une immobilité absolue pendant 20 à 30 minutes. Les urines étaient troubles, déposaient assez abondamment.

Le jet terminal était accompagné de quelques gouttes de sang. Il se traita lui-même par des injections quotidiennes uréthrales au vin aromatique, qui semblèrent améliorer son état.

Ses urines étaient troubles et déposaient abondamment.

En juillet 1893, une blennorrhagie survint, qui ne présentait aucun caractère particulier, mais qui dura

jusqu'en octobre 1895; à ce moment il entra à l'hôpital du Midi, avec un écoulement léger, mais avec des douleurs très vives dans la région de la vessie, la cystite avait repris avec une intensité plus grande qu'auparavant.

Au Midi, le diagnostic resta indécis et l'on pensa successivement à une cystite tuberculeuse et à une cystite blennorrhagique. Le malade demeura pendant un mois à l'hôpital, gardant le repos au lit, soumis à un régime lacté exclusif, traité par des instillations au nitrate d'argent et des lavages boriqués de la vessie. Il sortit un peu amélioré, mais l'amélioration dura peu de temps, car en novembre 1893, il entra à Necker, salle Civiale, avec des douleurs hypogastriques aussi violentes que par le passé; on institue un traitement analogue à celui du Midi et le 11 juin 1894, il sort souffrant beaucoup moins, les urines devenues plus claires.

Enfin, le 13 août 1894, il revient salle Civiale, avec les mêmes symptômes de cystite douloureuse. Les hématuries du début ne sont pas reproduites, mais la miction devenue de plus en plus rapprochée, a lieu toutes les cinq minutes, entraînant la privation absolue de tout repos et de tout sommeil. Un spasme uréthral, survenant de temps en temps, donne lieu à une rétention presque complète d'urine. Celle-ci purulente, trouble, dépose abondamment. L'auscultation ne révèle aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le toucher rectal décèle quelques noyaux durs, isolés dans les vésicu-

les séminales. Ce malade fut traité pendant quelque temps par le repos, le régime lacté absolu, les instillations: mais devant la *persistance des phénomènes douloureux*, on se décida à pratiquer la taille hypogastrique.

7 septembre 1894, cystostomie sus-pubienne. Le malade purgé la veille, est placé dans la position déclive de Treudelenburg; pas de ballon de Petersen, pas d'injection vésicale. Incision de 8 centimètres, verticale, se terminant au pubis, sur la ligne ombilico-pubienne, incision de même longueur de la ligne blanche et du fascia transversalis; les bords internes des muscles droits sont très rigides; introduction de l'index gauche à travers la boutonnière musculaire et recherche de la paroi antérieure de la vessie, qui est trouvée facilement. Incision de 12 mm. de la vessie, un flot d'urine s'écoule et la vessie se vide en presque totalité; aucune ulcération. Enfin, suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de l'ouverture abdominale à l'aide de huit crins de Florence traversant l'aponévrose, le bord interne des droits, le tissu cellulaire et la peau. Une sonde à demeure en caoutchouc; pansement ordinaire.

Le 8. Le malade a un peu souffert et a peu dormi pendant la nuit, pas de vomissements chloroformiques.

Le 9. Absence de douleurs; le malade se sent très soulagé.

Le 15. Même état, aucune souffrance si ce n'est au méat œdématié. Le 18, plus d'œdème de la verge; mais les douleurs vésicales semblent reparaître.

Le 30. Les douleurs vésicales ont reparu depuis quelques jours aussi violentes qu'auparavant: piqûre de morphine.

Le 6 octobre. *L'opération ne semble donner lieu à aucune amélioration;* le malade souffre beaucoup, il a repris le faciès grippé qu'il avait lors de son entrée à l'hôpital. On revient aux injections et lavages boriqués de la vessie, attouchement au nitrate d'argent; amélioration passagère. Le malade encore en traitement à l'hôpital, *n'a retiré aucun bénéfice de la cystostomie;* les douleurs sont actuellement aussi vives que par le passé et l'on est obligé d'avoir recours, à nouveau, aux injections de morphine.

Observation III. *Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique. Insuccès.*

Le nommé P..., âgé de 26 ans, entré le 15 mai 1891, salle Velpeau, n° 33, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. Son père et sa mère sont bien portants, trois frères et sœurs morts en bas âge. Pas de maladie, pas de rhume dans la première enfance. Mais à l'âge de 20 ans, pendant son service militaire, il a eu une adénite cervicale suppurée, il n'est pas resté de fistule. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie.

L'affection vésicale date de septembre 1888. Les fréquences de la miction ont été le premier symptôme et ont apparu brusquement sans motif. Au début le malade pissait toutes les heures jour et nuit. Mais cinq ou

six mois après il urinait toutes les dix minutes. La fatigue ne semblait pas avoir d'influence sur le nombre des mictions, le malade prétend même qu'elle les diminuait. La purulence des urines a été aussi un symptôme de début et s'est montrée en même temps que la fréquence. Dans les premiers temps, les urines étaient simplement louches et le dépôt était peu abondant.

Les douleurs n'ont paru que trois ou quatre mois après le début, elles se manifestaient sous forme de brûlures à la fin de la miction.

Les hématuries ne se sont montrées que tardivement, un an après le début de la maladie. Le sang a toujours été rendu en quantité presque insignifiante; c'est à peine si les dernières goutes étaient légèrement rosées, et encore ce symptôme était-il essentiellement intermittent. Depuis cinq mois environ, ces hématuries ne se sont pas reproduites.

Tels sont les symptômes du début, à part l'hématurie, le malade les éprouve encore aujourd'hui; cependant depuis un an, le nombre des mictions serait moins considérable. Le malade a beaucoup maigri et a quelques sueurs nocturnes. Mais il ne tousse pas, n'a pas eu d'hémoptysie et son appétit s'est à peu près maintenu. Le traitement a consisté en capsules de térébenthine et instillations de nitrate d'argent, qui n'ont amené aucune amélioration.

A l'entrée à l'hôpital. Jeune homme bien développé, amaigri; les fonctions digestives se font régulièrement; l'auscultation ne révèle aucune lésion cardiaque; peut-

être dans la fosse sus-épineuse gauche le murmure vésiculaire est-il affaibli, mais il n'y a ni souffle ni craquements. A gauche de la parotide, au creux sus-claviculaire s'étend une chaîne ganglionnaire surtout développée au niveau de l'angle de la mâchoire et qui soulève le sterno-mastoïdien. Le long du bord antérieur du trapèze, il existe deux cicatrices linéaires, déprimées, non fistuleuses. Le malade pisse toutes les heures, le jour aussi bien que la nuit. Les besoins sont impérieux, la douleur n'apparaît qu'avec les dernières gouttes.

L'exploration la plus minutieuse des reins dans le décubitus latéral et dorsal ne permet pas de constater la moindre augmentation de volume de ces organes.

La pression de la main au-dessous de la douzième côte n'est pas douloureuse. Pas de douleur sur le trajet de l'uretère. Sensation pénible quand on déprime la paroi abdominale antérieure au-dessus du pubis.

Les testicules petits sont normaux, les épididymes sans bosselures, le cordon est sain. Par le toucher rectal, la pression du doigt, même énergique, sur la face postérieure de la vessie, dans l'angle des vésicules séminales ne provoque qu'une douleur modérée. La prostate est petite, régulière à droite au niveau du col de la vésicule, il existe un nodule dur, arrondi, du volume d'un petit pois.

L'explorateur franchit aisément toute la longueur du canal de l'urèthre, douleur habituelle au niveau de la portion membraneuse, qui est assez serrée. Pas de

douleur au niveau du col vésical, mais douleur manifeste quand la boule touche la paroi postérieure de la vessie; au retour, on a la sensation d'un canal bien calibré; il n'existe pas de ressaut. Une sonde molle passe facilement, la capacité vésicale est de 80 cc. Les urines sont abondantes, franchement purulentes, odeur presque nulle, pas de sucre.

21 mai 1891, anesthésie. Ballon rectal, 300 gr.; 150 grammes de liquide dans la vessie. Incision médiane de 8 centimètres.

La vessie apparaît nettement. Incision vésicale de 5 centimètres. Position déclive. La paroi inférieure de la vessie est lisse et régulière, elle est seulement très vasculaire et sillonnée d'arborisations; la paroi postérieure et supérieure a des lésions beaucoup plus marquées, au lieu d'être lisse et régulière, elle présente une série de mamelons et d'élevures qui lui donnent un aspect framboisé. M. Guyon gratte longuement toute cette paroi supérieure avec la curette; le sang qui s'écoule est assez abondant. Ecouvillonnage soigné à la gaze iodoformée. La partie supérieure garde encore cet aspect mamelonné qu'elle avait aussitôt après l'ouverture de la vessie. Les points les plus saillants sont touchés au thermocautère, une éponge imbibée de chlorure de zinc à 1/10 est promenée sur toute la surface vésicale.

Suture de la vessie par quatre points de catgut, drains parallèles, deux plans de suture musculo-aponévrotique. Les suites opératoires furent simples: *le ma-*

lade quitte l'hôpital souffrant encore, nous n'avons pas pu nous procurer des renseignements sur son état depuis la sortie.

A. H. Miranda dans sa thèse sur le traitement des cystites douloureuses, rapporte un cas de cystite tuberculeuse dans laquelle le drainage périnéal après cystostomie périnéale n'amena qu'une amélioration passagère. Il conclut que le drainage périnéal est plus parfait que la fistulisation sus-pubienne et cite à ce sujet l'opinion exprimée par M. le professeur Guyon dans une leçon clinique du 21 novembre 1894.

Nous reproduisons ci-après les paroles de M. Guyon, car elles montrent bien l'impuissance de la cystostomie hypogastrique; je préfère la voie périnéale, car la taille sus-pubienne a été souvent faite sans donner de résultats, les insuccès par cette voie sont nombreux, la fistulisation difficile à obtenir et à maintenir.

Banzet, dans son mémoire sur le traitement des cystites tuberculeuses, après avoir rappelé les cas heureux de Guyon et de Reverdin; s'exprime ainsi: « Ces résultats très heureux ne se retrouvent pas dans un certain nombre d'autres observations de la clinique de Necker, dont voici l'analyse. Il s'agit de treize malades traités par la taille hypogastrique et la cautérisation ou le curettage. Sept de ces malades sont morts peu après, quelques mois, au plus, après l'intervention.

Trois *non améliorés*, ont subi ultérieurement une taille périnéale; une autre, dans les mêmes conditions

a été soumise à une taille vésico-vaginale. Un malade resté fistuleux a été revu dans le même état quelques mois après, amélioré au point de vue des douleurs, lorsque la fistule laissait les urines s'échapper facilement, mais recommençant à souffrir dès que l'orifice hypogastrique présentait de la tendance à se refermer. Enfin un malade *fut amélioré au point de vue des douleurs* et de la fréquence mais la taille avait permis de lui enlever un calcul.

Ces résultats sont donc dans leur ensemble des moins encourageants.

Au point de vue des résultats immédiats, cinq malades ont retiré un bénéfice *passager de l'opération*, ce bénéfice ne paraît avoir été accusé que chez l'un d'eux.

Cet auteur recommande la cystostomie périnéale ou la kolpocystomie, qui donnerait une diminution marquée des douleurs.

Plus récemment, en 1903, dans son rapport devant la septième session française d'urologie, le Dr Albert Malherbe, de Nantes, cite deux observations personnelles, sur deux cas de tuberculose de la vessie, traités par la taille hypogastrique.

Les résultats fournis ne sont pas satisfaisants puisque, *après une amélioration passagère*, les douleurs ont persisté amoindries, il est vrai, dans la première observation, aussi intenses qu'auparavant dans la deuxième.

Nous reproduisons ci-après ces observations:

Cystite tuberculeuse horriblement douloureuse, taille hypogastrique, fistulisation de la vessie.

Bod... Henri, 36 ans, maçon, ne travaillant pas de son métier et exerçant en réalité la profession de marchand de lait, vient me consulter pour des symptômes de cystite; cette maladie paraît s'être développée chez lui spontanément. Il a une urine trouble et des mictions fréquentes. Comme il souffre beaucoup, je lui fais faire des injections de gaïacol iodoformé. Il n'éprouve aucun soulagement. Il rend des fausses membranes et urine toutes les dix minutes.

A la suite de la cystostomie, qui révèle une tuberculose encore peu avancée, on constate une certaine amélioration des symptômes douloureux, puisque le malade n'accuse plus qu'un peu de tiraillement à la racine de la verge et une légère douleur en finissant de pisser.

Deuxième observation. *Cystite tuberculeuse, cystostomie, insuccès.*

M. Guich... Alexandre, boulanger, âgé de quarante ans. Depuis le mois d'octobre 1901, est atteint de pollakiurie avec urine trouble. Jamais d'hématurie, jamais de colique néphrétique. Comme antécédents, il y aurait eu une pleurésie et une tumeur blanche du poignet.

Le traitement médical de la tuberculose vésicale n'ob-

tint aucune amélioration. Il pissait tous les quarts d'heure avec douleur vive.

La cystoscopie est impossible en raison de l'extrême sensibilité de la vessie. Le 18 juin, opération. Cystostomie sus-pubienne; elle montre une cystite tuberculeuse végétante. Sonde de Malécot dans la vessie.

Pendant les huit premiers jours, le malade se plaint toujours et ne mange presque pas. Le neuvième jour ablation des fils.

Les jours suivants, il fait un peu de température le soir (39); il s'ennuie à la clinique et demande à s'en aller.

Au 23 septembre, son état local n'a pas encore changé, il urine toutes les dix ou vingt minutes.

L'auteur termine son observation en disant: « J'estime que l'orifice sus-pubien devra fonctionner de longs mois encore et n'être fermé que quand toute douleur aura disparu.

2° La cystostomie vaginale ou colpo-cystostomie.

La fistulisation vésico-vaginale ou colpocystostomie (Montrose Pallen) ne date que d'une trentaine d'années. Bozeman et Emmet se disputent l'honneur de sa découverte. Lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, de façon à assurer un écoulement parfait des urines, en évitant à la fois la rétention vésicale et la rétention vésico-vaginale, qui peut se produire chez certaines malades à périnée épais et à orifice vulvaire

étroit, cette opération a donné d'assez bons résultats dans les cas de cystite tuberculeuse. O. Pasteau, dans son rapport sur les cystites rebelles, en rapporte des observations. La raison de ces résultats est que cette opération, *quand elle réalise* un drainage parfait, supprime pour ainsi dire physiologiquement la vessie; il en est tout autrement pour la taille périnéale.

3° Taille périnéale.

D'abord préconisée par les chirurgiens américains et anglais, elle fut bientôt adoptée en France, par Dolbeau, Poinsot, Duplay, Lesueur, Verneuil, Ollier, Tedenat. Soit prérectale, soit médiane ou bilatérale, elle n'a pas donné dans la cystite tuberculeuse douloureuse les mêmes bons résultats que dans les autres cystites douloureuses. Au cours de notre étude sur la cystostomie sus-pubienne, nous avons relaté quelques observations de cystites tuberculeuses traitées par cette opération: nous avons remarqué que les résultats obtenus ne s'étaient traduits que par des améliorations. Nous ne reviendrons donc pas sur ces observations pour éviter des redites.

Quelle est la conclusion qui se dégage de l'examen de tous les documents que nous venons de produire ?

On le voit nettement, la cystostomie n'a, en matière de tuberculose vésicale, que quelques rares succès et encore, en lisant soigneusement les observations les

concernant, on voit qu'il s'agissait de cas où les lésions macroscopiques de la muqueuse étaient très peu accentuées; si bien que nous ne pouvons considérer ces cas comme rentrant dans la catégorie des cystites que nous avons définies comme graves.

Pour apprécier la valeur thérapeutique des cystostomies dans la tuberculose vésicale, nous ne saurions mieux faire que de citer ici l'opinion, si autorisée, de notre maître M. Legueu, qui, dans un récent article, écrivait à ce propos:

« J'ai vécu cette époque d'il y a vingt ans, où l'on offrait à toute cystite grave ces ouvertures hautes ou basses, et *j'ai connu leurs résultats défavorables.*

D'abord, la chirurgie faisait fausse route, et par une déviation dont elle donna plus d'une fois l'exemple, elle s'attaquait à tort à la vessie, alors que c'était au rein qu'il fallait frapper.

Et puis, ces tailles vésicales même fistulisées ne donnaient pas, *ne donnaient jamais ce repos de la vessie que l'opération se promettait surtout d'obtenir, après une amélioration passagère*, les lésions continuant, *les douleurs revenaient*, et les résultats se montraient si défavorables que, en matière de tuberculose, bien avant l'avènement de la néphrectomie, la doctrine du laisser-aller s'était imposée à tous les chirurgiens; on ne voulait plus, on ne devait plus toucher à une vessie tuberculeuse. »

Ainsi, la cystostomie est impuissante à assurer à la vessie le repos total, le repos absolu dont elle a besoin.

ainsi que le montre la physiologie pathologique, pour ne pas souffrir.

Dès lors, en présence de ces cystites vraiment réfractaires, que faut-il faire ?

Toute la thérapeutique est-elle basée, comme l'écrivait O. Pasteau en 1903, sur l'emploi des narcotiques qui, eux non plus, malheureusement, ne peuvent apporter toujours un bien grand soulagement ?

Des chirurgiens hardis poussés par le triste état de ces malheureux malades sont allés jusqu'à pratiquer l'ablation de la vessie: pour nous, entre ces deux extrêmes, la cystostomie impuissante et la cystectomie excessive, nous plaçons comme opération de choix, l'exclusion vésicale.

Mais avant d'en aborder l'étude, nous allons examiner ce qu'est la cystectomie.

CHAPITRE III

La cystectomie totale dans la tuberculose vésicale.

En recherchant dans la littérature médicale les cas de tuberculose vésicale, dans lesquels les chirurgiens ont pratiqué l'ablation totale de la vessie, nous n'avons trouvé que cinq cas.

Ces observations appartiennent par ordre chronologique, à Trendelenburg, Martin de Chicago, Hartley, Carl Beck, Casati.

C'est en effet Trendelenburg qui, en 1894, entreprit le premier, la cystectomie pour une tuberculose de l'organe.

Dans son observation, il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans, atteinte d'une tuberculose réno-vésicale.

Cette malade, qui présentait, en outre, une tubercu-

lose péritonéale, subit un certain nombre d'interventions successives.

Dans une première opération, l'auteur pratiqua l'extirpation de l'urètre et d'une partie de la vessie.

Dans un deuxième temps il fit la néphrectomie du rein droit, qui était manifestement malade.

Enfin, dans la troisième opération, après avoir implanté les uretères dans l'S iliaque, il enleva le reste de la vessie.

Malgré ces multiples interventions la malade guérit !

Par la suite, on observa que les mictions se faisaient toutes les deux ou quatre heures, mais plus tard elles devinrent plus fréquentes.

Nous n'avons pu nous procurer des renseignements sur les résultats ultérieurs ni sur le sort de cette malade.

Dans le cas rapporté par Martin, il s'agit d'un homme de 30 ans, porteur d'une tuberculose vésicale, chez lequel l'auteur pratiqua l'ablation de la vessie et implanta les uretères: le droit dans le rectum, le gauche à la peau. Le résultat immédiat fut malheureux, puisque le malade ne survécut que trente-six heures. La mort survint par shock avec anurie.

Le troisième cas appartient à Franck Hartley, qui, dans un travail sur la cystectomie totale, relate tout au long l'observation de sa malade, qui fut un succès.

Dans ce mémoire, paru en 1903, l'auteur après avoir

mentionné les diverses méthodes thérapeutiques dont peuvent bénéficier un grand nombre de tuberculoses vésicales, ajoute que dans certains cas le seul remède est dans la cystectomie !

Voici cette observation :

Mary T..., est admise à l'hôpital de New-York, le 19 avril 1902, elle est âgée de 18 ans.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouve aucun commémoratif de tuberculose, mais dans ses antécédents collatéraux on relève deux oncles morts de tuberculose.

Il y a un an, elle eut une pleurésie et une pneumonie. Pas d'antécédents génitaux. La maladie actuelle remonte à trois ans, et débuta par des douleurs et des mictions fréquentes. Il y a trois ans, on pratiqua une fistule vésico-vaginale. Cette opération lui apporta quelque soulagement, mais la fistule étant très gênante, il y a deux ans, elle fut refermée.

Aussitôt reparaissent les douleurs, les mictions fréquentes et impérieuses, si bien que la malade arrive bientôt à se trouver dans une situation intolérable.

Il y a un an, on lui fait une taille sus-pubienne, qui jointe à un traitement local, lui apporta un certain soulagement. Six mois après ce drainage elle se soumit à une nouvelle opération ayant pour but de fermer la fistule sus-pubienne.

A peine la vessie fut-elle à nouveau refermée, que les douleurs reprirent avec une intensité aussi grande que par le passé.

A l'heure actuelle, elle présente de la fréquence des mictions, des douleurs, des urines troubles.

Les phénomènes douloureux sont constants, siègent au niveau de la vessie et irradient dans les organes génitaux externes. Ceux-ci ne présentent aucune congestion. L'état général est assez satisfaisant.

L'examen physique du thorax et de l'abdomen reste négatif. Par le toucher rectal on ne trouve rien, si ce n'est la constatation d'une sensibilité vésicale excessive à la pression.

L'examen cystoscopique révèle des lésions de cystite tuberculeuse ulcéreuse siégeant au niveau de la base et de la paroi postérieure de la vessie.

L'examen des urines, montre une urine trouble, alcaline, jaune, de densité 1,018, pas de sucre mais de l'albumine, du mucus et des bacilles de Koch.

Le diagnostic porté fut: tuberculose vésicale et comme on ne trouvait aucune localisation tuberculeuse au niveau des deux orifices urétéraux on conclut à une tuberculose vésicale primitive, en tout cas indépendante d'une lésion rénale. Nous proposons à la malade une opération destinée à nous rendre compte de l'état de la vessie, à enlever la muqueuse malade si nécessaire ou enfin, à supprimer la vessie elle-même. La malade consentit à ce programme.

Opération : le 28 avril 1902. Incision verticale longue de quatre pouces, allant de la ligne blanche au péritoine; on pénètre dans la cavité de Retzius et on décolle le péritoine et on le refoule en haut.

Une large incision ouvre la vessie; on voit alors que la base de la vessie et la plus grande portion de la paroi postérieure sont recouvertes par de petites ulcérations qui entaillent la muqueuse vésicale et la dépassent en profondeur. Toutes ces lésions sont très avancées ; cependant, au niveau des orifices urétéraux, la muqueuse vésicale semble absolument intacte.

Il semble impossible d'enlever cette muqueuse malade sans enlever en même temps la paroi vésicale, une cystectomie partielle est également impossible, aussi le seul parti qu'il semble logique de prendre, c'est d'enlever la vessie en totalité et d'anastomoser les uretères dans le vagin ou le rectum. Comme la muqueuse vésicale était saine autour des uretères, je décide de pratiquer un Maydl et d'implanter le trigone urétéral dans l'intestin. Ceci décidé, on décolle le péritoine du fond et de la face postérieure de la vessie et on découvre ainsi les deux uretères, on les dissèque avec soin de manière à ne pas compromettre leur vitalité; on les sépare d'avec la vessie, qui est ensuite extirpée. Puis, après avoir ouvert le péritoine, on attire le côlon sigmoïde et après une incision de la paroi intestinale on se met en mesure de suturer d'abord la muqueuse vésicale avec la muqueuse intestinale par des points séparés à la soie, puis on suture la séro-musculeuse intestinale avec le tissu conjonctif et la musculeuse du trigone. Fermeture de la paroi, drainage abdominal et drain dans le rectum.

19 avril. Température: 38,5, pouls 100. Respiration: 12.

20 avril. La malade a dormi la moitié de la nuit.

21 avril. La malade se plaint de douleurs dans le rectum.

28 avril. La malade accuse une très vive douleur au niveau de sa plaie, son état inspire de vives inquiétudes; son pouls est à 136. Comme on avait enlevé le drain abdominal, on pratique une colpotomie, qui reste blanche.

1er mai. On enlève le tube rectal, les urines s'échappent et mouillent le lit. On pratique trois lavages rectaux quotidiens.

2 mai. La malade a passé une bonne nuit. Elle garde son urine pendant deux heures; irrigation rectale de six heures.

6 mai. On enlève les fils.

10 mai. Même traitement que précédemment. A l'examen, les urines sont : jaunes, alcalines, troubles, elles ont une densité de 1010, et présentent quelques traces d'albumine.

30 mai. La malade urine trois fois dans le jour et une ou deux fois dans la nuit; la continence rectale est donc très satisfaisante.

Examen de la pièce : il s'agit d'une tuberculose typique avec ulcérations.

Le 10 janvier 1903, la malade revient nous voir à l'hôpital. Elle jouit d'une bonne santé et les nouvelles fonctions du rectum comme réservoir urinaire sont aussi satisfaisantes qu'en mai 1902.

Le quatrième cas, qui serait celui de Carl Beck, est rapporté par Hartley, dans son mémoire, en même temps que l'auteur rappelle les cas de Trendelenburg et de Martin; mais il ne fournit aucun détail sur ce cas et nous étant reportés à l'indication bibliographique donnée (*Annals of Surgery* 1899, p. 186), il nous a été impossible de retrouver l'observation.

Dans le cinquième cas, celui de Casati, ce chirurgien se proposait également d'extirper la vessie et à cet effet, il avait pratiqué l'implantation de l'uretère gauche dans le côlon descendant, à l'aide du bouton de Boari. Malheureusement, son opérée succomba le trente-cinquième jour et l'autopsie permit de constater que les deux reins étaient convertis en deux poches purulentes.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de l'examen de ces cas de cystectomie pour tuberculose vésicale ?

Dans leur travail sur la cystectomie totale et à propos de ses indications dans la tuberculose vésicale, J. Verhoogen et A. de Graeuwe de Bruxelles, s'expriment en ces termes :

« Nous estimons, quant à nous, que l'opération doit être réservée uniquement aux cas où les lésions de la vessie sont tellement nombreuses et étendues et la capacité vésicale si restreinte, que, d'une part, tout espoir de guérison semble vain et que, d'un autre côté,

les mictions sont si rapprochées et si douloureuses, qu'elles rendent la vie insupportable.

Néanmoins, avant d'y avoir recours, faudra-t-il s'assurer autant que possible de l'état des reins et exécuter préalablement la néphrectomie comme dans le cas de Trendelenburg ou bien s'abstenir, si les deux reins sont entrepris, comme dans l'observation de Casati. »

Quant à nous, après avoir été le témoin des faits que nous rapportons dans cette thèse, nous ne pouvons souscrire à l'opinion exprimée par Verhoogen et de Graeuwe ; avec notre maître Legueu, nous jugeons la cystectomie excessive.

Réserver une opération aussi longue, aussi grave aux cas où précisément il s'agit de malades qu'il faut tout particulièrement ménager, parce que, le plus souvent, cachectisés par des tuberculoses multiples, affaiblis par des tentatives opératoires souvent réitérées et par des souffrances continuelles durant depuis des mois et des mois ; leur réserver une telle opération, cela nous semble excessif, excessif et d'ailleurs inutile.

Car, que demandent ces malheureux ? C'est une trêve à leurs souffrances; c'est un traitement palliatif de leur douleur.

A quoi bon leur enlever une vessie tuberculeuse, alors qu'on est impuissant à les débarrasser de toutes ces tuberculoses génitales, pelviennes et autres, dont ils sont porteurs en même temps.

C'est un traitement non pas anatomique, mais symptomatique qu'ils réclament ; traitement opératoire oui,

mais simple, ne comportant pas les délabrements nécessaires d'une cystectomie totale.

Avec un danger infiniment moindre pour la vie du malade, ce traitement existe et nous le proposons pour ces cas heureusement rares; ce traitement n'a pas l'impuissance de la cystostomie, il ne comporte pas la gravité de la cystectomie; il a enfin l'avantage de pouvoir être appliqué à ces porteurs d'une tuberculose rénale double, auxquels Verhoogen et de Graeuwe font allusion en recommandant de ne pas y toucher.

Ce traitement opératoire, c'est l'exclusion vésicale que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

L'exclusion vésicale dans la tuberculose vésicale.

Nous ne voulons pas aborder l'étude de l'exclusion vésicale sans avoir, au préalable, rappelé les points principaux de la physiologie normale et pathologique de la vessie.

En nous montrant quel est le mécanisme des symptômes fonctionnels : douleur et fréquence, contre lesquels nous voulons — dans ces formes graves de la tuberculose — simplement lutter; nous comprendrons facilement le rôle de l'exclusion vésicale comme agent thérapeutique, et les considérations physiologiques feront prévoir ce que les faits cliniques que nous rapporterons par la suite viendront confirmer.

I. — Physiologie normale et pathologique de la vessie.

A l'état normal, la vessie, destinée à recevoir l'urine qui vient des reins et à l'emmagasiner avant son évacuation au dehors, se remplit peu à peu, les reins évacuent l'urine dans la vessie par de petites éjaculations rythmiques dont les examens cystoscopiques, ont permis de se rendre un compte exact.

La réplétion de la vessie se fait donc continuellement. A l'état de vacuité, la vessie est aplatie et se trouve derrière le pubis, mais, à mesure qu'elle se remplit, elle devient globuleuse et, à l'état de distension moyenne, elle acquiert la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure avec une face antérieure bien nette et une face postérieure convexe.

Au point de vue fonctionnel, la vessie peut être considérée comme un réservoir musculaire à plusieurs couches, doublé à sa face interne d'une muqueuse qui lui sert de défense contre le liquide qu'elle contient, et, à sa face externe de péritoine sur une partie de son étendue.

Le tissu conjonctif doublant la couche musculaire sur ses deux faces, muqueuse et péritonéale et pénétrant aussi dans l'épaisseur de ses fibres musculaires permet ainsi à cette couche de jouir d'une mobilité plus ou moins complète. Il suit de là qu'au moment de la ré-

plétion vésicale, les différentes couches du réservoir urinaire s'étendent et s'amincissent en glissant normalement les unes sur les autres, grâce à la présence de ce tissu conjonctif. Remarquons que dans l'épaisseur de ce tissu conjonctif cheminent les vaisseaux et les nerfs, dont la compression à l'état de distension maxima de la vessie entraînera une congestion passive dont les conséquences pathologiques sont des plus importantes.

Arrivée à un certain degré de distension, la vessie, organe vivant, appelle l'attention de l'organisme en réagissant d'une manière spéciale. C'est un organe musculaire, elle réagit en se contractant.

Si la vessie se remplit normalement petit à petit, par contre, elle se vide de façon intermittente et les mictions sont, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus fréquentes que les reins secrètent davantage.

L'évacuation de la vessie, due à la contraction de sa paroi, est le terme d'un acte réflexe dont le point de départ a été longtemps discuté. Actuellement, il est définitivement admis que ce point de départ est formé à l'état normal par l'ensemble de la surface interne de la muqueuse, et qu'il n'est pas localisé dans des centres doués d'une sensibilité spéciale.

Longuement, M. Guyon a étudié les conditions physiologiques et pathologiques qui mettent en jeu la contractilité de la vessie ou l'exagèrent. C'est la sensibilité, la propriété maîtresse de la vessie, comme il l'appelle, qui tient sous sa dépendance la contractilité; or la vessie est insensible au contact de l'urine, mais particulièe-

rement sensible à la tension déterminée par son accumulation.

La contraction réflexe qui résulte de l'excitation de la muqueuse vésicale est douloureuse par elle-même, et cela aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique; le besoin d'uriner n'est que la traduction sensible et presque immédiate, mais toujours postérieure à elle, de la première contraction vésicale active, déterminée par la réplétion de l'organe.

Au fur et à mesure qu'elle se vide, la vessie reprend la forme qu'elle avait avant sa réplétion, le fond s'avance vers le col, jusqu'à ce qu'il s'y applique, tandis que le sommet s'abaisse et le fond se soulève; l'effacement complet de la cavité est surtout accompli lorsque la paroi postérieure est appliquée contre l'antérieure. Bref, une vessie vide, comme l'ont indiqué Sappey, Guyon et Tuffier, Delbet présente deux faces antéro-inférieure et postéro-supérieure, appliquées l'une contre l'autre ; jamais normalement, elle n'est arrondie comme une boule, par contraction concentrique du globe vésical.

A l'état pathologique, la vessie se remplit peu à peu et le plus souvent régulièrement, sous l'influence des éjaculations urétérales. Mais il faut noter que, par suite de l'irrégularité des éjaculations, fréquente dans les cystites, le remplissage de la vessie se fait d'une manière irrégulière. Et ceci est d'autant plus important qu'on peut voir, dans le cas de vessie sensible, les reins avoir de véritables accès de sécrétion, d'où une exci-

tation plus rapide et plus intense de la vessie au moment où l'urine arrive en plus grande quantité, excitation pouvant alors se traduire par des phénomènes douloureux très intenses.

Au fur et à mesure de sa réplétion, une vessie chroniquement enflammée prend une forme plus arrondie que normalement; elle devient globuleuse; son sommet est moins élevé et sa face postérieure plus convexe en arrière, comme on peut s'en rendre compte dans le cas de taille sus-pubienne, alors que la vessie est encore remplie et que le doigt en explore la cavité.

Les différentes couches qui constituent la vessie, subissent sous l'influence de l'inflammation chronique des changements de constitution anatomique que l'on peut schématiser ainsi : la couche muqueuse, incapable de s'opposer à la pénétration des microbes, est douée d'une puissance d'absorption considérable. La couche musculaire est épaissie et son hypertrophie avec ou sans sclérose, devient une gêne pour la distension de l'organe. La couche externe fibro-séreuse, épaissie également, devient, elle aussi, une nouvelle cause de gêne pour la distension vésicale.

Enfin, et surtout, le changement de composition du tissu conjonctif dans toutes les couches, son épaississement, sa transformation fibreuse, portent à leur maximum les difficultés de la dilatabilité vésicale; toute la paroi est si bien transformée en masse, qu'elle constitue un obstacle anatomique parfois considérable à l'expansion du réservoir urinaire. Mais un élément d'un

autre ordre et au moins aussi important, s'oppose lui aussi à la dilatabilité de l'organe.

Normalement, en effet, le muscle vésical se laisse distendre assez longtemps sans réagir par la contraction.

Mais, dans une vessie malade, il faut considérer, à côté de la gêne anatomique apportée à l'expansion de la vessie par la transformation de la paroi, l'obstacle physiologique dû à sa grande sensibilité.

Ces deux éléments se combinent plus ou moins.

Cependant, on peut dire que la cause physiologique, la douleur, entre d'abord en jeu, et que la cause anatomique ne se montre qu'ensuite, aux périodes plus avancées. Les exemples suivants vont illustrer ces deux propositions.

On fait une cystostomie pour cystite très douloureuse et on trouve, après avoir ouvert la vessie, que la paroi est facilement extensible; et cependant la vessie ne pouvait recevoir, par exemple, qu'une quantité de 60 à 80 grammes de liquide; c'est que l'obstacle à l'expansion normale était dû à la transformation de la sensibilité normale en sensibilité pathologique.

Autre cas : on pratique une cystostomie sus-pubienne; la vessie est trouvée rétractée derrière le pubis, et le doigt qui y a pénétré ne peut étendre sa cavité; la paroi épaissie oppose un obstacle anatomique absolu.

Ainsi, diminution anatomique du réservoir, augmentation considérable de la sensibilité vésicale, voilà les deux raisons de la fréquence des mictions.

Insensible au contact dans son état normal, la vessie surtout dans sa moitié inférieure et dans la région du col, devient sensible à ce même contact, quand elle se trouve à l'état pathologique.

« Sans doute, la somme de douleur déterminée par le contact est toujours inférieure à celle que produit la tension, mais elle peut être intense et le devenir d'autant plus qu'elle se répète davantage », et on peut dire avec M. Guyon, qu' « il est cliniquement des conditions qui élèvent si haut le taux de la douleur des contacts, que des manifestations presque aussi importantes que celles qui déterminent la tension peuvent être observées ».

La présence de l'urine suffit à produire la sensibilité pathologique.

L'impressionnabilité de la muqueuse à la tension augmente elle aussi, d'une façon considérable dans la cystite; sous l'influence de la tension vésicale se produit, par suite de la suractivité fonctionnelle du muscle, un état congestif qui peut être très intense, et qui à son tour agit sur la vessie pour la rendre plus sensible.

Bien plus, le muscle vésical lui-même, étant moins extensible, est plus douloureux.

Vient-on à le presser en agissant sur l'hypogastre ou par le toucher vaginal et, immédiatement, quand bien même la vessie est vide; on détermine une douleur très nette accompagnant un besoin de miction.

Il faut aussi faire une certaine part dans la pathogé-

nie des douleurs à la compression et à l'irritation des nerfs englobés dans la paroi vésicale enflammée.

Enfin l'état de surexcitation du malade épuisé par les douleurs constantes, affaibli par sa maladie, fatigué par ses veillées douloureuses, intérviennent également dans la genèse des douleurs.

En résumé, l'évacuation fréquente et douloureuse de la vessie dans les cystites a pour agent la contraction violente du muscle vésical et des muscles voisins (de la paroi abdominale et du périnée). La vessie se contracte sous l'influence de l'irritation provoquée par la présence de l'urine, qui l'excite et qui la distend, cette vessie étant pour ainsi dire presque constamment à la limite de sa capacité.

La physiologie pathologique vient donc de nous faire comprendre que suivant la remarque de M. Guyon, l'urine joue en somme dans la vessie le rôle d'un corps étranger, d'autant plus douloureux que la moindre pression extra-vésicale augmente la tension de l'organe.

Nous pouvons, par conséquent, nous rendre compte de l'impuissance de la cystostomie et de la dilatation du col vésical et saisir clairement que le seul moyen *pour supprimer la douleur, c'est de supprimer physiologiquement la vessie en s'arrangeant de façon à ce que pas une goutte d'urine ne vienne plus irriter la vessie. Et c'est là ce que peut réaliser seule, d'une manière parfaite, l'exclusion vésicale.*

II. — Définition. — Historique de l'exclusion vésicale.

L'exclusion vésicale, *ainsi que l'a dénommée M. Legueu*, est une opération qui a pour but de mettre complètement au repos la vessie malade en dérivant le cours des urines.

Cette dérivation urinaire peut se faire, ainsi que nous le verrons plus loin, soit en amenant les urines directement, au dehors au moyen de la néphrostomie ou de l'urétérostomie lombaires, soit en créant un cloaque par l'adduction des urines dans un segment de l'intestin, grâce à une urétéro-entéro-anastomose.

Ainsi définie, on voit que l'exclusion vésicale n'est pas une nouvelle venue en chirurgie; elle fait partie de toute la série des exclusions qui, depuis de longues années, sont employées en chirurgie, en particulier dans la chirurgie des cancers du tube digestif.

Que fait-on lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie pour cancer pylorique? On dérive le cours du chyme en le détournant de sa voie normale, qui est le pylore : on fait ainsi une exclusion pylorique ; lorsqu'on pratique un anus iliaque on se propose de même d'exclure du courant des matières fécales le segment intestinal sous-jacent atteint d'un néoplasme.

Le but poursuivi dans ce type d'opérations est tou-

jours le même, qu'il s'agisse d'exclure le pylore, le rectum ou la vessie : c'est de supprimer pour ces organes malades les irritations qu'amène le passage des matières ou des urines et par là même faire cesser, chez les malades, les phénomènes douloureux. Ces exclusions sont donc *une opération palliative* et c'est comme telle que nous revendiquons pour l'exclusion vésicale une place très honorable dans le traitement des formes graves et douloureuses de la tuberculose vésicale.

L'exclusion vésicale n'est pas une opération nouvelle et souvent déjà, elle a été pratiquée pour la vessie, en particulier dans les cas de cancers de cet organe.

Watson, Albarran, Fédoroff l'ont préconisée comme premier temps de la cystectomie totale pour cancer vésical.

On a fait aussi une conclusion vésicale quand, pour traiter une extrophie vésicale on a implanté les uretères dans l'intestin.

C'est une exclusion vésicale que le chirurgien fait encore quand, au cours d'une opération abdominale, un uretère accidentellement blessé, a été implanté dans l'intestin voisin. Pozzi, Thiriar, Varnek, Herczel, Fédoroff ont rapporté de ces cas.

Mais là où l'exclusion vésicale est nouvelle, c'est dans les cas où elle a été exécutée pour la tuberculose vésicale.

Nous avons fait des recherches dans la littérature médicale afin de réunir tous les cas où elle a été employée et nous n'avons pu recueillir que cinq observations.

La première observation en date serait celle de Villard (de Lyon), qui ne l'a d'ailleurs pas publiée. Il nous a été impossible de nous la procurer et nous transcrivons ici les renseignements que l'auteur a bien voulu nous donner de mémoire. Cette observation tronquée est d'ailleurs très intéressante, car elle plaide singulièrement en faveur de notre thèse.

Cette malade, en effet, âgée de 35 ans, était atteinte d'une tuberculose vésicale grave et les traitements classiques n'avaient donné aucun résultat.

Elle avait été antérieurement cystostomisée, curettée, drainée, sans bénéficier d'aucune amélioration.

On pratiqua chez elle l'exclusion vésicale en implantant les deux uretères, séparément, dans l'anse sigmoïde.

Des difficultés opératoires considérables s'étaient présentées au cours de l'opération en raison d'une péricystite intense et l'acte opératoire s'était, d'ailleurs, trouvé compliqué par le désir qu'avait eu l'opérateur de pratiquer une implantation urétérale en conservant pour ce conduit l'abouchement valvulaire terminal.

La malade succomba assez rapidement et « autant que mes souvenirs sont exacts », dit M. Villard, je crois qu'elle est morte non d'infection ascendante, mais d'accidents opératoires locaux et si je m'étais contenté de l'abouchement pur et simple des uretères dans l'intestin, l'opération aurait été considérablement facilitée.

En janvier 1904, Carlier de Lille fait ses deux premières exclusions vésicales par néphrostomie.

Ces deux observations que nous avons consignées ci-après, n'ont pas été publiées et nous remercions M. Carlier d'avoir bien voulu nous les communiquer ; elles sont intéressantes parce qu'elles fixent un point très important de la technique opératoire de l'exclusion vésicale.

Les deux dernières observations appartiennent par ordre chronologique à M. Willems de Gand, qui rapporte un cas d'exclusion par néphrostomie, pratiqué en février 1910, et enfin l'observation de notre maître, M. Legueu, qui a servi de point de départ à cette thèse.

Comme on le voit par le très court historique de la question, il y a très peu de documents et l'application de l'exclusion vésicale au traitement de la tuberculose vésicale constitue une nouveauté.

M. Oppel et Mirotvortzeff qui ont consacré une assez longue et minutieuse étude à l'exclusion vésicale ne rapportent aucune observation de tuberculose vésicale traitée par cette opération; ils se contentent simplement de l'inscrire au nombre de ses indications.

Il n'est d'ailleurs pas surprenant que la littérature médicale soit si peu riche sur cette matière, car les formes de tuberculose vésicale justiciables d'un tel traitement sont, heureusement rares aujourd'hui, depuis que l'avènement de la néphrectomie a modifié si heureusement nos connaissances sur la tuberculose vésicale, son origine et conséquemment son traitement rationnel.

Mais pour être rares, ces cas n'en existent pas moins,

et *il faut s'en occuper*: nous avons pu en recueillir cinq peut-être y en a-t-il davantage.

Pouvons-nous nous flatter que ce petit travail les fera sortir de l'ombre et en les amenant à la lumière permettra à d'autres de compléter et de mettre au point cette question sous tous ses aspects ?

Nous allons maintenant rapporter les observations, puis nous essayerons d'en tirer les conclusions qu'elles semblent comporter.

III. — Observations.

Observation de M. le Professeur agrégé Legueu.

Un homme de 30 ans avait été opéré par moi à Necker, en 1906, pour une tuberculose rénale droite. Je lui avais fait une néphrectomie lombaire, mais sa vessie était tuberculeuse, et ses lésions continuèrent à évoluer après l'opération.

Je lui recommandai un traitement régulier auquel il voulut bien se soumettre : il partit, pendant quelque temps je le perdis de vue.

Au bout de quelques mois, il revint ; il n'avait rien gagné ; je ne voyais aucune amélioration : la vessie même s'aggravait progressivement. On changea son traitement : on substitua l'acide phénique au sublimé, plus tard le goménol au gaïacol. On passa des petites injections aux instillations, et plus tard, des instillations au traitement général seul.

Je le perdais de vue de temps en temps ; il allait parfois ailleurs, dans d'autres services chercher le complément d'une thérapeutique qu'il trouvait insuffisante entre mes mains. Mais il s'aggravait toujours et ne trouvait d'amélioration nulle part, et quand il revint cette année, au mois de janvier dernier, il était vraiment au comble du désespoir moral et de la déchéance physique. Des mictions incessantes ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit, des douleurs continuelles, qui n'avaient pas le temps de s'étendre entre deux crises, le torturaient sans cesse. Il ne dormait ni ne mangeait, maigrissait peu à peu ; le moindre traitement de sa vessie provoquait une exacerbation de ses douleurs, et la morphine, insuffisante même à haute dose, semblait pour toujours la ressource la moins inutile de notre thérapeutique.

Je trouvai ici l'indication de l'exclusion vésicale ; après avoir prévenu le malade d'une opération qui allait pour quelque temps mettre sa vessie au repos et avoir obtenu son consentement, je l'opérai, le 16 février 1910.

Le ventre est ouvert et le malade mis en déclive. Je cherche au niveau du détroit supérieur, l'uretère sous le péritoine ; je le trouve gros, dilaté, épaissi, certainement infecté. J'incise le péritoine à sa surface, au-dessus et au-dessous de l'S iliaque, je libère l'uretère, le coupe en bas au thermocautère entre deux ligatures, pour que pas une goutte de son contenu ne s'épanche dans la cavité péritonéale.

Je relève au-dessus du côlon toute cette bande d'uretère dénudé et ferme soigneusement la brèche faite au péritoine pelvien.

Alors je peux implanter ce bout d'uretère dans le côté de l'anse sigmoïde; l'abouchement est fait directement, sans valvule.

Les deux muqueuses sont unies. Deux plans de suture, musculo-séreuse et séro-séreuse enfouissent la première ligne de suture. L'opération est terminée, elle fut simple, correcte, sans incidents et le malade guérit sans complications.

Dès les premières heures, le fonctionnement rectal commence ; pendant les premiers jours, il y a un peu d'incoordination dans les nouvelles fonctions ; mais, peu à peu, cela s'arrange. Le rectum s'habitue, les garde-robes liquides ont lieu toutes les quatre heures et actuellement encore, il n'y a aucun signe d'irritation dans ce segment de l'intestin.

Dès les premiers jours, le résultat thérapeutique s'annonçait très brillant; mais prenons seulement le résultat éloigné, le résultat actuel, et voyons ce qu'il en est.

Depuis le jour de l'opération, le malade n'a pas senti sa vessie. Il n'a plus eu de mictions, ce qui est naturel, mais il n'a plus eu de douleurs, ce qui est plus surprenant; plus de douleurs, pas même d'élancement. Pas de sécrétions, rien d'anormal, rien de douloureux ; le paradis après l'enfer !

Et comme conséquence, voici un malade qui, depuis le jour de l'opération, dort d'un sommeil qu'il n'a pas

connu égal depuis bien des années ; il mange, il se remue, il circule, il va et vient, recommence à travailler. Il a engraissé dans une proportion très sensible, c'est une véritable transformation : c'est une résurrection.

A la date de ce jour, 1er mai 1911, l'état du malade au point de vue vésical, reste aussi satisfaisant que par le passé.

Observation de M. le Professeur Willems (de Gand).

B... Achille, 30 ans, débardeur.

Fils unique. Père et mère bien portants. Il ne connaît d'antécédents tuberculeux chez aucun membre de sa famille.

Lui-même, grand buveur de bière, n'a jamais été malade.

Le premier symptôme de sa maladie actuelle, consistant en pollakiurie diurne et nocturne, sans douleur et sans altération apparente de l'urine, s'est installé il y a cinq ans.

Le malade eut bientôt plus de vingt mictions par jour.

Il y a environ quatre ans et demi, il partit pour les Etats-Unis, où il devint chauffeur dans un établissement industriel.

Après quelques mois de séjour, la dysurie s'établit insensiblement. A chaque miction des épreintes douloureuses aboutissaient à l'émission lente et pénible d'une urine restée encore limpide.

Dès cette époque, il se produisit de petites hématuries et le malade dut être sondé. Puis, à mesure que les douleurs augmentèrent en intensité, l'urine devint trouble et déposa un sédiment blanchâtre ressemblant à de l'empois d' amidon et quelquefois à du sable.

Les phénomènes douloureux s'accentuant toujours et l'état général déclinant, le malade se décida à rentrer dans le pays.

Il séjourna successivement pendant deux mois dans un hôpital et pendant onze mois dans un hospice suburbain.

Les douleurs augmentaient toujours. Il survint à plusieurs reprises des hématuries, dans l'intervalle desquelles les urines étaient troubles et renfermaient des concrétions d'apparence calcaire. A plusieurs reprises, de véritables petits calculs furent éliminés on devine au prix de quelles douleurs.

Pendant son séjour à l'hospice, on lui pratiqua plusieurs opérations. Ce furent d'abord deux tailles hypogastriques, sans cystostomie, puis plusieurs incisions périnéales, qui paraissent avoir été purement exploratrices.

Ces interventions n'amenèrent aucun soulagement.

C'est dans cet état que je vis le malade au mois d'août 1909, avec le médecin traitant, M. le Dr Huyghe, de Mont-Saint-Amand.

Sa situation était alors misérable. Il gardait le lit depuis neuf mois, et lui qui avait été vigoureux, ne pesait plus qu'une trentaine de kilogrammes.

Ses traits et son attitude exprimaient une indicible souffrance. A des intervalles de quelques minutes se succédaient de véritables crises, au cours desquelles la face se congestionnait sous l'effort, et, tandis que le malheureux criait de douleur, il évacuait lentement quelques gouttes d'urine purulente ; puis la détente arrivait, pour faire place presque aussitôt à un nouvel accès de ténesme.

Le sommeil était pour ainsi dire nul depuis plusieurs mois.

Le malade portait, en outre, depuis trois ans, une tuberculose fermée du carpe droit .

Le 28 août, je procédai à un examen sous chloroforme. La sonde frôla quelques concrétions dures dans la région prostatique de l'urètre, dont le calibre était partout normal.

La vessie d'une capacité faible, avait des parois résistantes, sans élasticité.

La prostate et les vésicules séminales n'étaient pas augmentées de volume. La palpation abdominale ne me permit de reconnaître aucun épaississement des urctères, ni aucune augmentation du volume des reins.

La division des urines que j'essayai de pratiquer échoua par suite de la faible capacité vésicale qui ne permit pas de manœuvrer convenablement le diviseur dans la vessie.

Le 2 septembre, je pratiquai la taille hypogastrique. Cette intervention devait être d'abord exploratrice et permettre de constater exactement la nature et l'éten-

due des lésions de la muqueuse vésicale. Elle devait ensuite servir à l'extirpation des calculs et enfin, rendre possible le traitement direct de la muqueuse.

Je trouvai celle-ci envahie presque complètement par des lésions tuberculeuses, à des stades différents, parsemée d'épaississements d'ulcérations, de fongosités.

Dans la région prostatique de l'urètre, il existait un véritable cratère, rempli de calculs que j'enlevai.

Quelques fragments de muqueuse furent prélevés pour l'examen microscopique.

Comme la cavité prostatique ne me paraissait pas se prêter à un bon drainage par la voie sus-pubienne, je fis une incision périnéale par laquelle j'introduisis dans la prostate une sonde Pezzer. Enfin, je terminai par le tamponnement complet de la vessie, laissée largement ouverte.

L'examen microscopique des fragments incisés démontra l'existence d'une tuberculose typique (Dr Le Roy).

Cette intervention, en apparence assez radicale, n'eut aucun effet sur les douleurs et le ténesme.

Bien que l'urine infiltrât abondamment le tampon vésical et coulât aussi par le drain périnéal, quelques gouttes traversaient encore l'urètre et suffisaient à provoquer des crises douloureuses.

Celles-ci devinrent même plus violentes que jamais, si bien que l'on fut forcé d'injecter jusqu'à 12 centigrammes de morphine par jour.

Les tamponnements étant assez mal supportés, furent

bientôt supprimés et la sonde de Pezzer qui s'était échappée, fut remplacée par un tube fenétré traversant la plaie hypogastrique et la plaie périnéale, et l'on poussa par là des lavages.

Ce tube fut lui aussi très mal toléré. Il fut enlevé au bout de trois semaines, et à partir de ce moment, les deux plaies se fistulisèrent.

La situation devenait de plus en plus lamentable, et, comme le malade réclamait une nouvelle opération, je décidai l'extirpation de la vessie.

Dans une première séance, je me proposais de mettre à découvert les deux reins, de constater leur état et, s'ils n'étaient pas trop profondément atteints, de pratiquer une double néphrostomie lombaire. Lorsque le malade serait remis de cette première opération, je procèderais à la cystectomie totale.

La première partie de ce plan fut exécutée le 22 octobre 1909, avec l'asssistance des docteurs La Roy, Huyghe, De Raeoe et Rysenaer.

Badigeonnage à la teinture d'iode sans autre préparation de la région. Incision lombaire oblique à droite. Je trouve le rein correspondant d'aspect polykystique, manifestement tuberculeux. Il est fixé par des adhérences solides à tous les organes voisins. L'uretère est mince et paraît intact.

Avant d'enlever ce rein, dont les lésions sont très avancées, je pratique une incision symétrique pour découvrir le rein gauche, que je trouve légèrement hypertrophié, mais d'apparence saine.

Je me décide alors à pratiquer la néphrectomie droite.

L'opération s'achève rapidement, malgré les adhérences.

Je ne reconnais plus le pédicule vasculaire et je ne lie aucun vaisseau. Mais je place un fil sur l'uretère, qui paraît sain. Une mèche est laissée dans la plaie et celle-ci fermée par des agrafes.

Revenant ensuite au côté gauche, je sectionne l'uretère entre deux ligatures, à quelques centimètres du hile, puis j'incise verticalement le bord postérieur du rein dans son segment inférieur et j'ouvre ainsi le calice inférieur. J'y place une sonde de Pezzer et je suture le reste de la plaie rénale. Je termine par la fermeture de la plaie pariétale, dans laquelle je laisse une mèche à côté du rein.

La sonde, qui est chargée désormais d'évacuer l'urine du seul rein restant, sort du pansement et plonge dans un vase renfermant un liquide antiseptique.

A l'incision du rein enlevé je constate que toute trace de substance rénale saine a pour ainsi dire disparu. La glande n'est plus qu'une juxtaposition de cavernes, communiquant souvent les unes avec les autres. Le bassinet n'est pas envahi et la tuberculose est restée fermée, l'uretère est intact.

Les suites de cette intervention furent remarquablement simples et complètement apyrétiques. L'opéré s'est levé le quatrième jour, et si des cruchons trop chauds n'avaient pas produit une brûlure du pied, il

serait sorti avant la fin de la première quinzaine. Les deux plaies se sont réunies par première intention.

A partir du jour de l'opération, la douleur a disparu comme par enchantement. Le cours de l'urine étant entièrement dérivé, il n'existe plus aucun ténesme.

Les fistules hypogastrique et périnéale qui existent encore se sont fortement rétrécies et ne donnent plus que quelques gouttes de pus.

La sonde de Pezzer s'est échappée quinze jours après l'opération et n'a plus été replacée ; la fistule lombaire fonctionne très bien. L'opéré attend un appareil destiné à recueillir l'urine.

Sous l'influence de la disparition des douleurs, l'état général s'est relevé avec une rapidité étonnante.

L'appétit, qui était nul, est redevenu vif, les forces reviennent à vue d'œil.

Aujourd'hui, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, l'opéré pèse 52 kilogrammes. Il a donc gagné plus de 20 kilogrammes. Son état est si satisfaisant que ni lui ni moi ne pensons plus à l'extirpation de sa vessie, qui est devenue parfaitement supportable.

Par la suite, les fistules se cicatrisèrent complètement et cela sans qu'aucun traitement fût nécessaire : les curettages, les cautérisations ou les autres moyens locaux auxquels je comptais recourir éventuellement furent parfaitement inutiles.

Lorsque les fistules furent taries, le malade évacua encore de temps à autre par l'urètre quelques gouttes de pus, puis tout écoulement urétral cessa à son tour.

Pendant ce temps, l'état général de mon opéré restait excellent. Toutes ses fonctions étaient devenues normales : grâce à un appareil collecteur que je lui avais fait confectionner, il vivait comme tout le monde, allait, venait, sans se mouiller. Il lui arriva même de sacrifier à ses vieilles habitudes d'intempérance sans résultat fâcheux. Il eût certainement repris le travail, n'était sa tuberculose du poignet droit, qui continuait son évolution et pour laquelle il refusait tout traitement.

Le fonctionnement de sa fistule urinaire ne laissa rien à désirer. A de rares intervalles, elle éliminait quelques concrétions d'apparence calcaire, et dans les derniers temps de petits abcès se firent jour, soit à travers le pertuis, soit à côté. Ce fut tout.

Les choses allèrent ainsi jusqu'à la fin de l'année 1910.

Le 1er janvier 1911, notre malade jugea nécessaire de fêter le nouvel an. Il fit de copieuses libations et prit par surcroît un refroidissement. A partir de ce moment, il ne sortit plus, se plaignit d'oppression, eut ensuite une toux sèche et des poussées de fièvre.

Aucun signe de tuberculose pulmonaire. La dyspnée devint de plus en plus intense à mesure que le débit de la fistule urinaire diminuait ; il survint du délire, puis du coma, et le malade mourut le 22 janvier 1911, succombant à ces symptômes urémiques, sans d'ailleurs s'être beaucoup cachectisé.

Il s'était écoulé exactement quinze mois depuis l'opération.

Je ne pus malheureusement pas faire l'autopsie complète, et je dus me contenter d'enlever rapidement le rein et la vessie.

Le rein très adhérent de tous côtés et au moins doublé de volume était réduit à l'état d'une éponge purulente.

De nombreuses cavités, remplies de matière caséeuse et de pus, communiquant souvent les unes avec les autres et limitées par des cloisons d'apparence conjonctive avaient pris la place du parenchyme, dont on ne voyait plus trace.

La région du bassinet et le trajet lombaire étaient relativement épargnés. Aucune infiltration purulente autour du trajet.

Pour la vessie, je dus me contenter de la couper au ras de la prostate, en enlevant en bloc avec elle toute la paroi hypogastrique : peau, muscles, péritoine et tissu de la région prévésicale.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le petit volume de cette vessie, et l'épaisseur de ses parois, qui font ressembler l'organe dans son ensemble à un petit utérus atrophié. Cette ressemblance devient encore plus frappante après incision de la paroi antérieure; la cavité apparaît toute petite, triangulaire, tapissée par une membrane d'apparence fibreuse ; où l'on ne trouve plus ni fongosités, ni ulcérations. Sur la coupe, on voit que la paroi est surtout épaissie dans le segment supérieur. Les uretères sont tout à fait atrophiés.

La peau de la région hypogastrique montre la cicatri-

sation complète de l'orifice fistuleux et, entre elle et la paroi antérieure de la vessie, on perçoit, dans le tissu cellulaire de la cavité de Retzius, une traînée fibreuse, dernier vestige du trajet.

Examen microscopique de la paroi vésicale (Dr La Roy).

La muqueuse présente une tunique propre épaissie et en voie de transformation scléreuse. Entre les faisceaux conjonctifs hyalins, il existe d'assez nombreux leucocytes. La plupart des capillaires sont frappés d'endo- et de périvascularité ; les vaisseaux disséminés offrent un épaississement de leurs parois. On ne trouve plus de tubercules lymphoïdes mais quelques tubercules devenus fibreux. La musculaire, à part son épaississement ne présente pas d'altérations. La séreuse est normale.

L'évolution de ce cas a donc démontré péremptoirement que la dérivation totale des urines et la mise au repos effective de la vessie qui en résulte, suffisent pour faire cesser complètement les symptômes douloureux dans les formes les plus graves de la tuberculose vésicale.

Mon malade a vécu suivant quinze mois avec toutes les apparences d'une guérison complète, sans qu'un seul instant ses formidables douleurs d'autrefois aient fait la moindre réapparition.

Sa vessie est restée tout à fait silencieuse et ce n'est pas elle qui l'a tué, mais bien l'insuffisance de son rein unique, qui était devenu tuberculeux et l'était peut-être déjà au moment de l'opération.

Mais la guérison n'a pas été seulement clinique, elle a été aussi anatomique, puisque les lésions vésicales étaient complètement cicatrisées.

Observation (inédite), *de M. le Professeur Cartier (de Lille).*

Tuberculose du rein droit. Obstruction totale du rein gauche par transformation en kyste uniloculaire. Cystite intense. Exclusion de la vessie par néphostomie. Survie de six ans.

Mlle F..., 21 ans, m'est adressée en janvier 1904, par le Dr Ruyssen, chirurgien de l'hôpital de Dunkerque, pour mictions extrêmement fréquentes et douloureuses.

La malade a énormément maigri depuis quelque temps, son poids n'atteint pas 30 kilos.

Les urines sont très purulentes. La fréquence des mictions existe depuis plusieurs années: elle s'est beaucoup accrue depuis quelques mois. Il existe des douleurs continues dans la région du rein droit.

Il ne faut pas songer à faire un examen cystoscopique, ni une division des urines, ni le cathétérisme des uretères, car la vessie accepte avec peine 15 à 20 grammes de liquide ; elle est en effet d'une sensibilité extrême et saigne au moindre contact d'un instrument en gomme.

Le rein droit est très augmenté de volume, douloureux à la pression, très ptosé, car son bord supérieur ne dépasse guère le rebord costal.

La fièvre, l'amaigrissement, les douleurs vésicales me poussent à intervenir, mais comme je n'ai aucun renseignement sur le mode de fonctionnement du rein gauche, que l'épreuve du bleu est défectueuse, je me propose de faire une inspection du rein droit et de laisser ensuite une sonde dans le bassinet.

Opération : le 20 janvier 1904, en présence du Dr Ruyssen, avec l'aide de mon assistant, le Dr Dubois. Le rein est facile à aborder vu sa situation basse, il adhère peu à la capsule adipeuse épaissie, mais non caséifiée.

Le rein est incisé sur la plus grande partie de son bord externe, ce qui permet de constater l'existence d'abcès, dont le plus gros ne dépasse pas le volume d'une noisette.

L'état précaire de la malade m'oblige à une intervention de courte durée. Je place une sonde de Malécot dans le bassinet et je suture le rein, sauf à l'endroit occupé par la sonde.

Les suites opératoires furent relativement simples, mais pendant les jours suivants, la malade fut d'une faiblesse extrême.

Cependant, grâce aux injections de spartéine et de sérum, l'état général s'améliora peu à peu, la température revint à la normale.

Du côté de la vessie, il ne s'écoulait plus aucune goutte d'urine, mais la malade continuait d'avoir des épreintes assez fréquentes, et qui se terminaient par l'émission de mucosités purulentes souvent striées de sang. Je pensai que le rein gauche supprimé fonctionnellement, pouvait

être mis en cause. Je proposai à la famille de la malade de faire une exploration du rein gauche par une incision lombaire, mais elle s'y refusa.

La malade quitta la maison de santé en avril, avec un assez bon état général. La totalité des urines, d'ailleurs, fort troubles, s'écoulait par la sonde lombaire; les forces étaient en partie revenues, mais quoique la malade souffrît moins qu'auparavant, des épreintes vésicales persistaient.

En peu de temps, la malade engraissa de 13 kilos et put faire chaque jour à pied, des promenades de 7 à 8 kilomètres.

Toutefois, en raison de la persistance des douleurs, la malade vint me demander de vérifier l'état de son rein gauche.

L'opération eut lieu le 11 mars 1906, avec les mêmes aides; le rein gauche est représenté par un kyste uniloculaire à contenu transparent, à parois minces et présentant le volume du rein d'un enfant de 15 ans.

L'uretère est mince, non hypertrophié; le bassinet présente à peu près les dimensions normales.

Ce kyste rénal représente une cavité fermée sans communication avec l'uretère.

Il doit s'agir d'une ancienne tuberculose, qui s'est enkystée et dont le contenu s'est transformé en un liquide incolore.

Cette seconde opération n'a en rien modifié les épreintes de la malade, cependant celles-ci, peu à peu, se sont atténuées ; seulement, de temps en temps, dans les vingt-

quatre heures, la vessie expulsait des mucosités glaireuses.

La malade mène une vie active jusqu'en février 1910. A partir de cette date, l'état général décline, l'appétit diminue et la malade présentait, quand je l'ai vue le 29 mai 1910, tous les symptômes de l'urémie classique.

Observation II (inédite) *de M. le Professeur Carlier.*

K...y Alfred est envoyé par le Dr Herlemont, de Caudry, à la clinique urinaire de l'hôpital Saint-Sauveur, en avril 1906, pour une énorme tuberculose du rein droit, avec périnéphrite tuberculeuse en arrière du rein et jusque dans le flanc droit.

Le 20 avril 1906, nous pratiquons une néphrectomie droite avec l'aide de notre assistant Tacoumet. La cicatrisation fut très lente à obtenir.

Je revois le malade le 15 mars 1907, les urines sont absolument normales, limpides, la miction également est redevenue normale : ni fréquence ni douleurs.

Le malade a beaucoup engraissé.

En 1908 des symptômes manifestes de tuberculose du rein gauche apparaissent.

Pendant un an, la fréquence des mictions, les douleurs augmentent et lorsque le malade revient me voir en avril 1909, les mictions étaient pour ainsi dire continues et extrêmement douloureuses. Je conseille un drainage du bassinet qui est accepté.

Opération le 26 avril 1909, avec le même aide.

Le rein est très gros, il atteint le double du volume normal, néanmoins j'ai la chance, après ponction du rein, de pénétrer d'emblée dans le bassinet. Je place une sonde à demeure dans ce bassinet.

Les suites opératoires furent simples, les urines sont complètement dérivées par la sonde.

La vessie retrouve le calme désiré.

Cependant, la température reste élevée et oscille entre 38° et 39°.

Par la suite, l'état général étant meilleur, le malade quitte l'hôpital le 10 juin 1909.

La plaie est complètement cicatrisée. La sonde fonctionne toujours très bien et laisse chaque jour s'écouler deux litres environ d'une urine trouble et purulente.

En réalité, le malade a bénéficié de cette dérivation des urines, qui lui a rendu le sommeil et a apporté le calme à sa vessie.

Vers la fin de l'été, malheureusement, l'état général est devenu tout à fait mauvais et le malade mourut dans la cachexie dans la fin de l'année 1909.

IV. — Conclusions.

Quelles conclusions tirer de l'examen de ces observations ?

En lisant les observations de Legueu, Willems, Carlier, on est tout d'abord frappé par ce fait que l'exclu-

sion vésicale a été suivie de la cessation de la douleur, du ténesme.

Cette cessation a été absolue, totale, elle a été définitive dans les trois cas de Legueu, Willems, et Carlier, pour ce qui concerne la deuxième observation. Dans la première observation de Carlier, en effet, nous trouvons que l'exclusion n'amena qu'une amélioration des symptômes fonctionnels, alors que du côté de l'état général le résultat thérapeutique obtenu fut des plus brillants, puisque la malade avait repris une vie active et avait survécu six ans. D'ailleurs, nous pensons que si le repos de la vessie ne fut pas aussi complet que dans les autres observations, c'est que l'exclusion vésicale ne fut pas complète ; M. Carlier ne parle pas dans son observation de l'uretère, et ne l'ayant pas lié, il est probable que quelques gouttes d'urine arrivaient encore ; malgré les apparences d'une dérivation totale, dans la vessie malade et réveillant ainsi sa sensibilité douloureuse, étaient expulsées mélangées aux glaires sanguinolentes avec lesquelles elles étaient mélangées.

Quoi qu'il en soit, il est constant, dans les autres observations, qu'à partir du jour de l'opération, toute douleur disparut comme par enchantement, l'état général se releva avec une étonnante rapidité, les forces revinrent. Cinq mois après l'intervention, le malade de Willems avait gagné plus de 20 kilogrammes et pouvait même sacrifier à ses vieilles habitudes d'intempérance sans résultat fâcheux ; la malade de Carlier (observation 1), avait engraissé de 13 kilogrammes et pouvait

faire, chaque jour, des promenades, à pied, de 7 à 8 kilomètres.

Enfin, nous-même avons été le témoin stupéfait, du changement radical survenu dans l'état local aussi bien que dans l'état général du malade de M. Legueu ; on peut dire que ce fut une véritable résurrection; nous avons revu le malade et, à l'heure actuelle, c'est-à-dire après un an, la guérison vésicale s'est maintenue.

Ainsi là où tout avait échoué, l'exclusion vésicale a donné un résultat remarquable au point de vue de la cessation de la douleur.

Est-ce à dire que c'est là le seul effet que l'on puisse espérer obtenir par cette opération ?

En lisant l'observation complète qui a fait l'objet d'une communication de M. Willems, à l'Académie royale de médecine de Belgique, dans la séance du 26 mars 1910; observation que nous publions *in-extenso*, dans ce travail; il semble légitime que l'on puisse espérer non seulement une guérison clinique, par suite de la cessation des phénomènes douloureux; mais encore une guérison anatomique.

En effet, lorsque, quinze mois après l'exclusion, le 22 janvier 1911, le malade de Willems vint à mourir, succombant à des symptômes urémiques causés par l'insuffisance de son unique rein, devenu à son tour tuberculeux ; que révéla l'autopsie ?

Elle montra du côté de la vessie des modifications anatomiques extrêmement intéressantes, et nous dirons

encourageantes ; en effet, voici ce que rapporte le protocole nécropsique :

« Ce qui frappe tout d'abord, c'est le petit volume de cette vessie, et l'épaisseur de ses parois, qui font ressembler l'organe dans son ensemble, à un petit utérus atrophié.

Cette ressemblance devient encore plus frappante après incision de la paroi antérieure : la cavité apparaît toute petite, triangulaire, tapissée par une membrane d'apparence *fibreuse où l'on ne trouve plus ni fongosités, ni ulcérations;* alors que, au cours d'une taille hypogastrique pratiquée chez ce malade, quelque temps avant l'exclusion, l'auteur avait trouvé cette même vessie envahie presque complètement par des lésions tuberculeuses, à des stades différents, parsemée d'épaississements, d'ulcérations, de fongosités.

Les résultats fournis par l'examen macroscopique sont d'ailleurs confirmés par l'examen des coupes microscopiques faites par le Dr La Roy.

Les préparations, en effet, montrent *une muqueuse dont la tunique propre, épaissie, est en voie de transformation scléreuse.*

Fait remarquable, on ne trouve plus de tubercules lymphoïdes et les rares tubercules qui apparaissent ont subi la transformation fibreuse : on voit la signature anatomique d'un processus de guérison dont l'exclusion vésicale semble, sans doute, être le point de départ.

Il n'y a pas là, d'ailleurs, de quoi nous étonner outre

mesure; ne sait-on pas que l'immobilisation d'un organe tuberculeux favorise, entraîne sa guérison ?

Traite-t-on autrement certaines ostéo-arthrites bacillaires? N'a-t-on pas enregistré des résultats remarquables fournis en matière de tuberculose pulmonaire, par l'immobilisation du poumon, produite par un pneumothorax artificiel ?

Ces constatations cliniques et anatomiques semblent donc démontrer qu'il y a place encore aujourd'hui, comme le dit M. Legueu, pour un traitement personnel de la tuberculose vésicale, et même place pour un traitement chirurgical : l'exclusion vésicale.

CHAPITRE V

Les modes d'exclusion vésicale. Discussion des procédés.

Les procédés opératoires destinés à isoler la vessie de son courant excrétoire, peuvent être divisés en deux groupes.

Dans un premier groupe, on se contente d'amener l'urine au dehors, par une fistule externe, c'est-à-dire s'ouvrant au niveau de la peau, et ce, au niveau de la région lombaire. Dans ce groupe, rentrent : 1° la néphrostomie ; 2° l'urétérostomie lombaire.

Dans le second groupe, on pratique une fistule interne en venant aboucher l'uretère ou les uretères dans une anse intestinale.

Ce groupe comprend tous les procédés d'urétéro-entéro-anastomose. Nous allons successivement étudier ces deux groupes.

A. *Fistulisation externe.*

a) Néphrostomie lombaire.

Nous ne rappellerons pas les détails de la technique opératoire ; seulement nous signalerons deux points ; tout d'abord, nous croyons nécessaire de chercher l'*uretère et de le lier*, on évitera ainsi la possibilité pour une certaine quantité d'urine de s'engager dans le conduit urétéral et d'atteindre ainsi la vessie, compromettant, de ce fait, son repos absolu.

Le second point que nous voulons envisager, c'est l'usage de la sonde, soit de Pezzer, soit de Malecot, que nous considérons comme pouvant réaliser un véritable siphonnage de l'urine, à condition, bien entendu, que l'extrémité libre de la sonde soit munie d'un tube en caoutchouc, plongeant dans un récipient rempli d'un liquide antiseptique.

Ces deux précautions prises: savoir : la ligature de l'uretère et l'emploi de la sonde, on peut être sûr de réaliser une dérivation complète et permettre au trajet fistuleux de se former dans de bonnes conditions de direction et de calibre.

Reste maintenant à considérer — le trajet fistuleux une fois réalisé — ce qui ne demande pas plus d'une quinzaine de jours, et à ce moment on peut enlever la sonde de Pezzer ou autre, par quel moyen recueillir l'urine, qui vient sourdre dans la région lombaire, sans

que le malade soit mouillé et de façon à lui permettre de se livrer à ses occupations.

Il est de toute nécessité d'atténuer cette infirmité de la fistule urinaire, en fournissant au malade un bon appareil collecteur.

Il existe trois modèles d'urinal applicable à ces cas.

L'un, d'Albarran, se compose d'un tube, qui est introduit dans le trajet, s'adapte à une ceinture et conduit l'urine dans un réservoir fixé à la cuisse du malade.

L'autre, de Rovsing, est constitué par une cupule plate en argent, munie sur son bord d'un anneau de caoutchouc gonflé d'air. La cupule recouvre la fistule, sur laquelle elle est maintenue par une ceinture et évacue l'urine par un tube dans un urinal. Cet appareil a été porté pendant onze mois par une opérée de Rovsing, sans qu'elle se soit jamais mouillée.

Le troisième enfin, de Willems, repose sur le même principe que celui de Rovsing, la boîte en argent destinée à recueillir l'urine a été remplacée par une sorte d'entonnoir en caoutchouc durci, substance qui résiste beaucoup mieux à l'urine.

b) Urétérostomie lombaire :

Nous n'avons pas de cas dans lesquels l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie ait été obtenue grâce à cette méthode, nous nous bornerons donc à rappeler qu'elle a été exécutée pour la première fois par Le Dentu, dans un cas de cancer utérin, envahissant la vessie.

Rovsing la préconise systématiquement dans tous les cas de cystectomie totale. Il pratique une courte incision lombaire de 8 à 10 centimètres, en dehors de la ligne des apophyses épineuses et va rechercher l'uretère immédiatement au-dessous du bassinet, l'accroche avec le doigt, le dénude sur une certaine étendue et l'amène à l'extérieur au niveau du triangle de Petit. Dans un premier cas, il en sutura la tunique fibreuse à l'aponévrose lombaire et la muqueuse à la peau, mais il observa que la cicatrisation et la rétraction fibreuse consécutive avaient formé dans la suite un entonnoir profond dans lequel disparaissait l'orifice urétéral. Aussi, dans les deux cas ultérieurs, se borna-t-il à introduire une sonde dans son moignon urétéral, recouvrit celui-ci d'une enveloppe de caoutchouc et le fit sortir de la plaie cutanée sur une longueur de quelques centimètres.

Un bandage spécial doit recueillir les urines des deux uretères et les amener dans un récipient que le sujet porte entre les jambes.

Un des malades de Rovsing a pu porter son bandage pendant onze mois sans être incommodé.

B. *Fistulisation interne.*

Les urétéro-entéro-anastomoses.

L'insuffisance des documents relatifs aux résultats fournis par l'abouchement des uretères dans l'intestin ne nous permet pas de nous prononcer en faveur de tel procédé plutôt que de tel autre : et quant à la technique

opératoire, il n'est pas dans notre sujet de décrire les très nombreux procédés inventés. Nous renvoyons aux traités classiques.

Toutefois, sans entrer dans le détail de la technique opératoire, et bien que nous ne puissions pas tracer une étude clinique de l'anastomose intestinale, dans l'exclusion de la vessie pour tuberculose vésicale grave, nous pensons qu'il est dans notre sujet d'indiquer rapidement les diverses tentatives expérimentales faites dans le domaine des anastomoses intestinales des uretères.

Car, comme nous le dirons à propos de la discussion sur le choix du procédé, les anastomoses intestinales pourront bénéficier considérablement d'expériences futures, et il est légitime de persévérer dans cette voie, qui, entre autres avantages, peut apporter celui d'éviter au malade l'infirmité d'une fistule lombaire.

C'est en 1881, que Gluck et Zeller réalisèrent les premières implantations urétéro-rectales et urétéro-cutanées, chez des chiens opérés de cystectomie. Seuls, les animaux dont les uretères étaient fixés à la peau survécurent. La même année, Bardenhauer pratiqua des implantations rectales unilatérales.

Les animaux survécurent, mais lorsqu'ils furent sacrifiés, on put constater que l'orifice d'abouchement urétéro-rectal s'était sténosé et qu'il s'était formé une hydronéphrose du rein, correspondant. Aussi Novaro, en 1887, reprit-il les expériences de Bardenhauer et chercha-t-il à obtenir un orifice urétéral plus large. Pour cela, il pratiquait sur l'uretère sectionné perpendiculai-

rement à son axe, une fente longitudinale, qui agrandissait fortement la surface pouvant être suturée à la boutonnière intestinale. Néanmoins, ses résultats furent mauvais; Paoli et Busachi, puis Tuffier (1888), ne furent pas plus heureux.

Les tentatives de Morestin, Harvey Read, Roscilewski, Van Hoek et Thompson (1895), n'arrivent pas à des résultats favorables, quelques animaux seulement survivent, mais meurent bientôt des suites d'une infection rénale ascendante.

C'est pour éviter ce danger, que l'on tente alors d'améliorer le procédé d'abouchement des uretères dans l'intestin. En même temps, d'autres expérimentateurs cherchent à détourner le cours des matières fécales, de façon à les écarter du point où les uretères sont implantés.

C'est ainsi que Giordano en 1892, fait un anus iliaque, puis implante les uretères dans le rectum. Ses résultats sont mauvais.

En 1894, Maydl propose d'implanter dans l'S iliaque tout le trigone vésical, afin de conserver à l'orifice urétéral son sphincter naturel.

Mais cette méthode n'est guère applicable que dans les implantations faites pour remédier à l'extrophie vésicale. Elle donne, dans ce cas, de bons résultats, puisque Enderlen, dans une statistique de 110 cas, n'accuse qu'une mortalité de 25 pour 100.

En 1895, Mauclaire sectionne l'S iliaque, en fixe le bout afférent au vagin et implante les uretères dans le

cul-de-sac formé par le rectum. Les expériences qu'il fit donnèrent de mauvais résultats.

Vignoni en 1895, décrit un procédé nouveau. Il fait sur la musculeuse du rectum, un lambeau en forme de V, fixe les urefères à la muqueuse intestinale au-dessous de ce V, puis applique le lambeau par-dessus. Mais un seul survécut parmi les sept animaux opérés de la sorte et encore chez le survivant, l'opération n'avait-elle été faite que d'un seul côté.

La même année, Boari expérimente son bouton anastomotique. De ses six chiens, un succomba après vingt jours, l'autre après soixante-dix jours, quatre autres guérirent et furent sacrifiés après cent cinquante-deux et cent quatre-vingts jours.

L'autopsie montra que leurs reins étaient normaux.

Krynski, en 1896, décrit un autre procédé. Il taille sur l'intestin un lambeau triangulaire musculo-séreux dont un côté, le plus long, est parallèle au grand axe de l'intestin et reste adhérent. L'uretère est sectionné obliquement et fixé par une suture muco-muqueuse au niveau de l'angle inférieur du triangle ; puis le lambeau est rabattu par-dessus.

Tous les chiens moururent d'infection ascendante.

En 1898, Fowler modifie cette méthode.

Il fait sur l'intestin une incision longitudinale n'intéressant que la séreuse et la musculeuse. Puis, écartant les lèvres de cette incision, il taille sur la muqueuse mise à nu, un lambeau triangulaire à base supérieure et replie ce lambeau sur lui-même, de façon à former

une sorte de valvule dont les deux faces sont muqueuses.

A la base de la valvule, il fixe l'uretère sectionné en bec de flûte, et suture ensuite au-dessus de lui les deux lèvres de son incision séro-musculeuse.

L'auteur ne donne pas le résultat de ses expériences chez les animaux, mais un malade opéré par lui était bien portant quatre mois après l'intervention.

En 1898, Duval et Tesson expérimentent sans succès un procédé analogue.

En 1899, Martin fait une incision longitudinale intéressant la séreuse et la musculeuse, adosse les uretères en canon de fusil et les abouche dans la muqueuse à l'angle inférieur de la plaie, puis enfouit cette suture par un double plan de sutures musculaire et séreux.

Gernusy en 1899, isole l'S iliaque, attire le bout supérieur au périnée en fendant la cloison recto-vaginale, ferme le bout inférieur et y implante les uretères.

En 1903, Nagano exclut une anse d'iléon, la divise ensuite en deux parties d'inégale grandeur, obture complètement le moignon le plus court et implante le trigone dans le plus grand ; le chien mourut de péritonite le troisième jour.

La même année, Borélius anastomose l'anse supérieure du côlon sigmoïde à l'extrémité inférieure de cette anse et abouche les uretères dans la partie ainsi exclue, Müller modifie cette méthode en ouvrant à la peau l'anse sygmoïde exclue.

En 1905, Goldenberg expérimente le procédé suivant :

Il sectionne l'iléon à 12 centimètres environ du cæcum et va porter le bout central de cet iléon immédiatement au-dessus de la valvule de Baühin.

Le moignon intestinal restant est fermé par une suture ; puis sa face antérieure est ouverte de manière à mettre bien à jour la face postérieure sur laquelle les uretères sont alors implantés.

L'anse ainsi ouverte est fixée à la peau, de manière à ce que les embouchures urétérales restent bien visibles. Lorsque la cicatrisation est bonne, il suffira de fermer ultérieurement la plaie abdominale. Malheureusement l'animal opéré de cette manière mourut le troisième jour de péritonite.

Tel est, à l'heure actuelle, l'état de la question des anastomoses intestinales au point de vue expérimental. La richesse des procédés prouve bien que l'on n'est pas encore parvenu à trouver le bon, mais elle prouve également que l'on persévère dans cette voie parce qu'elle offre d'incontestables avantages, et les quelques résultats heureux obtenus légitiment la continuation de ces efforts.

Nous avons tenu à les mentionner ici, car, comme nous allons le voir dans le prochain chapitre en matière de dérivation urinaire, si, à l'heure actuelle on ne peut mettre sur le même plan les deux méthodes: néphrostomie et urétéro-entéro--anastomose, il y a lieu, toutefois, d'espérer dans l'avenir de ces dernières et il est légitime, à cet égard, de les discuter avec confiance.

Du choix du procédé opératoire dans l'exclusion de la vessie.

Nous venons, dans les chapitres précédents, de démontrer au nom de la physiologie pathologique et au nom de la clinique, par des observations trop peu nombreuses, il est vrai, mais très démonstratives, qu'à l'heure actuelle, il avait lieu d'ajouter à la série des exclusions qui existe en chirurgie, l'exclusion vésicale, pour en faire bénéficier comme opération certainement palliative, peut-être même curative, ces tuberculoses de de la vessie, que nous avons qualifiées de graves.

Nous avons également indiqué quels étaient les modes d'exclusion que la technique chirurgicale pouvait réaliser; nous voudrions dans ce chapitre, envisager et discuter dans la mesure du possible, le choix du procédé.

Nous disons dans la mesure du possible, car, à notre connaissance, les cas d'exclusion de la vessie pour tuberculose vésicale, étant très rares, les documents sont forcément peu nombreux, qui pourraient nous fournir des arguments en faveur de tel ou tel autre mode d'exclusion vésicale.

De plus, si nous envisageons seulement comme mode de dérivation urinaire la néphrostomie lombaire et l'implantation urétérale dans l'intestin, raisonnant sur des cas fournis par l'expérience, nous n'avons à notre disposition que les deux cas de Legueu et de Willems, qui

sont les champions respectivement l'un de l'urétéro-entéro-anastomose, l'autre de la fistulisation lombaire du rein. Or, ces deux cas par les résultats obtenus, tant au point de vue de la cessation absolue des douleurs à partir du jour de l'opération, que par les suites opératoires aussi simples et aussi bénignes, ne sauraient, s'il nous fallait choisir, que nous embarrasser. Si bien que, puisque nous n'avons pas le droit en matière d'exclusion vésicale pour tuberculose grave de la vessie, vu la rareté des documents, de nous déterminer dans notre choix d'une façon formelle, force nous est de raisonner par analogie avec les résultats que l'exclusion a pu donner, lorsqu'elle a été pratiquée en vue d'affections du réservoir urinaire autre que la tuberculose et ce raisonnement par analogie nous allons le faire pour envisager le mode d'exclusion vésicale par abouchement urétéral dans l'intestin.

Mais avant d'aborder ce point, nous allons étudier les résultats fournis par la néphrostomie et essayer d'en dégager à la fois les avantages et les inconvénients.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici l'opinion émise par M. le professeur Ch. Willems, de Gand, dans son travail sur la dérivation urinaire dans la tuberculose de la vessie.

Il donne la préférence à la néprostomie lombaire et résume ainsi ses arguments :

Toutes les fixations dans l'intestin sont mauvaises, non seulement parce qu'elles exposent à l'infection as-

cendante, mais parce qu'elles sont d'une exécution trop compliquée et trop difficile.

Chez ces malades profondément cachectisés, il faut des techniques simples et des opérations rapides.

On ne peut pas nier que l'abouchement à la peau soit une intervention plus simple et plus expéditive que l'implantation viscérale, et l'on ne peut pas nier non plus la nécessité d'aller vite en besogne chez des malades aussi peu résistants que le sont les malheureux auxquels on songe à pratiquer la dérivation. De plus, les implantations viscérales de l'uretère sont graves, parce que leur résultat est à la merci d'un point de suture ; il suffit d'un fil mal placé ou d'un fil qui saute pour que tout risque d'être perdu et que l'opéré soit exposé à la péritonite.

Aucun danger de ce genre n'est à craindre avec la fistulisation à la peau : sa technique est si simple, qu'il est pour ainsi dire impossible qu'elle échoue.

Dans l'anastomose urétéro-intestinale, l'infection ascendante me paraît fatale pour peu que la survie se prolonge. Tel est, d'ailleurs, l'avis de Legueu lui-même. Il ajoute, il est vrai, qu'un uretère qui s'ouvre dans une vessie aussi infectée que celle de cette catégorie de malades, doit être contaminé à l'avance. A cela, je réponds que chez mon malade dont la vessie était profondément infectée depuis des années, les deux uretères paraissaient absolument sains. Il est certain, d'ailleurs, que même en cas d'infection préexistante de l'uretère, l'abouchement à l'intestin est capable de donner

à cette infection un de ces coups de fouet que nous voyons se produire en pathologie urinaire et dont nous connaissons la gravité.

On peut être amené à pratiquer l'exclusion de la vessie dans des cas où l'on sait que les deux reins sont tuberculeux, mais où l'on ignore le degré des lésions de chacun d'eux. L'abouchement à la peau lombaire, aura, en pareil cas: l'avantage de permettre l'exploration préalable de ces deux organes et, le cas échéant, le sacrifice de l'un d'eux, de manière à n'être pas exposé à faire, bien inutilement, l'implantation de l'uretère d'un rein hors d'usage.

La laparotomie que nécessite l'implantation intestinale ne permet pas cette exploration. »

Les conclusions de M. le Professeur Carlier sont analogues et lui aussi préfère la néphrostomie lombaire à l'implantation urétérale dans l'intestin.

Nous avons tenu à citer en entier les arguments que donne M. le Professeur Willems, dans son mémoire, parce que nous nous associons à ses conclusions, nous ajoutons même que la néphrostomie nous semble encore préférable parce qu'elle peut à la rigueur, être pratiquée sans anesthésie locale et que de ce chef, elle épargne à un malade déjà très affaibli, aux poumons souvent entachés de tuberculose, intoxiqué souvent aussi par la morphine absorbée pour calmer ses douleurs, elle *épargne* les dangers de l'anesthésie générale.

En outre, nous croyons devoir remarquer que dans l'implantation de l'uretère au niveau de l'intestin, il faut

peut-être craindre l'inoculation de ce viscère par une urine chargée de bacilles de Koch. C'est là un danger que prévoit également M. le Professeur Carlier. Notre insuffisance de documents ne nous permet pas de fixer la valeur de cet argument invoqué contre la dérivation vésicale par l'implantation de l'uretère dans l'intestin; bien plus, la seule observation que nous ayons, il s'agit du cas de M. Legueu, ne semblerait pas devoir légitimer cette crainte, puisque le malade n'a jusqu'à ce jour présenté aucun signe clinique traduisant l'inoculation tuberculeuse de l'intestin et puisque, heureusement, il nous a été impossible d'en faire jusqu'à présent la preuve anatomo-pathologique. Ainsi considérée, la néphrostomie lombaire paraît présenter de très nombreux avantages; elle n'a qu'un seul inconvénient, c'est de créer une incontinence dont on a, d'ailleurs, exagéré beaucoup la gravité.

La fistule urinaire lombaire, dit M. Willems, ne constitue pas, comme on le dit, une infirmité dégoûtante qui fait du malade un objet de répulsion pour son entourage et pour lui-même.

Cette infirmité est considérablement atténuée par le port d'un bon appareil collecteur.

Nous avons indiqué dans un précédent chapitre qu'il existe trois types d'appareils collecteurs, qui réduisent au minimum les inconvénients de la fistule urinaire.

En somme, étant donnés ses nombreux avantages, la néphrostomie lombaire semble le procédé de choix

à employer pour obtenir l'inclusion vésicale dans la tuberculose grave de la vessie.

Cependant, tous ces avantages incontestables ne peuvent nous faire oublier le résultat si merveilleux obtenu par M. Legueu dans son cas d'exclusion vésicale par urétéro-sigmoïdostomie : Son malade aussi affaibli que pouvait l'être celui de Willems a guéri aussi rapidement, d'une manière tout aussi complète, il vit encore et *il n'a pas une fistule lombaire l'obligeant à porter un appareil* qui, pour être suffisant, n'en constitue pas moins une véritable infirmité.

S'il est permis d'espérer pour la chirurgie des progrès toujours croissants, qui en améliorant la technique rendront de moins en moins difficiles et dangereuses les opérations les plus délicates, si les documents ultérieurs viennent fortifier cette idée qu'une vessie tuberculeuse peut, par son immobilisation, guérir de sa tuberculose tout comme une ostéo-arthrite, il nous semble alors permis d'envisager l'anastomose urétéro-intestinale comme un procédé d'exclusion non pas à rejeter dans le passé, mais, au contraire, comme le procédé de l'avenir.

A l'heure actuelle, d'ailleurs, l'urétéro-entéro-anastomose a ses partisans convaincus et nous allons rapporter ici les conclusions de deux auteurs russes, V. Oppel et Mirotvortzeff, qui ont consacré à l'exclusion vésicale un mémoire dans lequel ils envisagent ses indications et ses modes de réalisation.

Ils y traitent un certain nombre de points que l'on

pourrait opposer aux arguments sur lesquels M. Willems en particulier, s'appuie pour rejeter l'urétéro-entéro-anastomose.

Et tout d'abord, au sujet de la gravité de cette opération, eu égard à l'état de faiblesse du malade, ils s'expriment ainsi :

« La gravité d'une telle intervention n'est pas si grande qu'elle soit contre-indiquée chez les malades affaiblis, nous avons opéré une malade excessivement affaiblie et épuisée qui supporta très facilement ce choc opératoire. »

Pour ce qui est de la possibilité de l'infection ascendante du rein, ils déclarent :

Nous devons reconnaître qu'aucun mode d'exclusion de la vessie ne garantit de l'infection ascendante des reins ; la cystostomie tout comme l'urétéro-entéro-anastomose peut donner lieu à cette complication et nous citons ci-après une observation tout à fait démonstrative : il s'agit d'un soldat de 23 ans, très robuste. A la suite d'une uréthrite gonococcique aiguë il alla demander des soins dans un établissement médical où l'on institua un traitement avec des injections. A la suite de cette thérapeutique, ce malade eut tout son urèthre ulcéré. A l'examen on constatait que l'urèthre était infiltré dans toute son étendue, son calibre singulièrement diminué laissait passer avec peine les bougies du plus petit calibre. Désirant exclure provisoirement l'urèthre afin de permettre la résorption de l'infiltration et, les ulcérations cicatrisées, pouvoir réaliser un rétablissement plastique

de l'urèthre, nous pratiquâmes chez notre malade une fistule sus-pubienne.

Trois mois après, ce malade succombait à une pyélonéphrite ascendante suppurée bilatérale.

Des exemples de ce genre ne sont assurément pas uniques ; il est vrai que l'on peut citer des cas nombreux où après la cystostomie les malades ont survécu de longues années, mais à ces cas on peut opposer également une série d'observations qui nous montrent des malades survivant longtemps à une exclusion vésicale par urétéro-entéro-anastomose.

Beresnigovsky rapporte 21 cas d'urétéro-recto-anastomose, dans lesquels les malades ont eu une survie « de trois ans ».

Ainsi, V. Oppel et Mirotvortzeff, ne cachent pas leur préférence pour l'urétéro-entéro-anastomose, opération pleinement satisfaisante et dont les dangers d'infection ascendante pourront, à l'avenir, être considérablement diminués grâce à des connaissances précises sur les moyens de désinfecter le tube intestinal et en appliquant tel ou tel des divers procédés opératoires indiqués dans le précédent chapitre et qui, comme nous l'avons dit, sont destinés à éviter le danger de l'infection ascendante. Dans ce choix, à l'heure actuelle, il est difficile de se déterminer et il faut attendre l'expérience du temps.

Ils reconnaissent toutefois que l'établissement d'une urétéro-recto-anastomose peut apporter quelques désordres dans le fonctionnement intestinal.

La continence après l'opération est toujours médiocre, l'évacuation de l'urine a lieu toutes les heures ou même toutes les demi-heures. Il semble que l'intestin ait besoin de s'habituer à son nouveau rôle de cloaque ; mais au bout d'un temps relativement court tout rentre dans l'ordre et les malades arrivent à garder l'urine trois, quatre et cinq heures, s'acheminant vers les limites physiologiques.

Ainsi, à part quelques rares observations notamment, celles de Preindlsberger, Ehrlich; la muqueuse intestinale tolère la présence de l'urine sans qu'aucune irritation se produise, ce sont là les conclusions auxquelles arrive dans son étude sur les implantations urétérales Denis G. Zezas.

Cet auteur signale également la rareté des faits dans lesquels après une continence post-opératoire suffisante des premiers mois, le sphincter anal était frappé de paralysie (Von Eiselberg). Dans ces cas, toutefois, le massage du sphincter donna de bons résultats.

Nous venons de discuter les avantages et les inconvénients des deux procédés employés par les auteurs dont nous rapportons les observations d'exclusion vésicale ; un troisième procédé reste à être examiné, c'est l'urétérostomie lombaire.

Nous ne possédons malheureusement aucune observation d'exclusion de la vessie dans la tuberculose vésicale dans laquelle ce procédé de fistulisation lombaire ait été employé, aussi serons-nous assez brefs et

force nous est de rapporter ici les conclusions formulées par V. Oppel et Mirotvortzeff.

Ces auteurs comparant l'urétérostomie lombaire et l'urétéro-entéro-anastomose s'expriment en ces termes : Ces deux opérations assurent à la vessie un repos aussi complet, l'une en formant deux fistules urinaires extérieures, l'autre deux cloaques.

Les chances d'infection ascendante sont à peu près égales dans les deux procédés, car tantôt l'urétérostomie a été suivie d'infection ascendante, cas de Garré, Walsey, Bardenhauer, tantôt au contraire, on n'a pas eu à noter l'infection ascendante : cas de Vassilieff, Pozzi, Thiriar, Simon, Rovsing.

Les données cliniques étant insuffisantes par ailleurs, pour offrir des statistiques probantes, les auteurs se sont livrés à des recherches expérimentales, qui leur ont démontré que chez les animaux, les lésions pyélitiques et rénales étaient aussi fréquentes dans l'urétérostomie que dans l'urétéro-entéro-anastomose.

Dans ces conditions, ils concluent en donnant la préférence à l'implantation intestinale des uretères, qui, supprimant la fistule extérieure, ne force pas le malade à supporter un appareil collecteur d'urine.

CONCLUSIONS

1° Il y a des cystites tuberculeuses que l'on peut qualifier de graves, parce qu'elles sont réfractaires à tous les traitements habituellement efficaces.

Parmi ces cystites, les unes ont continué à évoluer malgré la néphrectomie qui, on le sait, est à l'heure actuelle, le traitement efficace des cystites tuberculeuses dépendant d'une tuberculose rénale ; les autres ne sauraient bénéficier d'une néphrectomie, puisque, associées ou dépendantes d'une tuberculose génitale, elles ne subissaient pas l'infection venant d'un rein tuberculeux.

Ces cystites rebelles sont particulièrement douloureuses et c'est avant tout contre les symptômes fonctionnels : fréquence des mictions et douleur qu'il faut apporter le secours de la chirurgie.

2° La douleur est due à la contraction du muscle vésical. L'urine, quelle que soit sa quantité, agit, suivant l'expression de M. Guyon, comme un véritable corps étranger, qui provoque la sensibilité pathologique de la

muqueuse vésicale, entraîne la contracture du muscle vésical, engendre la douleur.

3° Ces notions de physiologie pathologique font prévoir l'impuissance de la cystostomie chez l'homme, — chez la femme, la colpo-cystostomie donne, en effet, des résultats moins décevants.

Ces connaissances physiologiques indiquent clairement que l'opération logique qui s'impose, c'est de supprimer physiologiquement la vessie. L'exclusion vésicale réalise ce désideratum.

4° Cette suppression physiologique est supérieure *à priori*, et par l'expérience à la suppression anatomique réalisée par la cystectomie.

5° Les résultats fournis par l'exclusion vésicale au point de vue fonctionnel sont immédiats, complets, définitifs ; au calme relatif et éphémère qu'offre à la vessie la cystostomie, s'oppose le silence absolu et durable que lui apporte l'exclusion vésicale.

6° Cette opération n'est que palliative, toutefois, d'après l'observation de Willems, il semblerait légitime d'espérer plus ; peut-être la guérison des lésions ; la vessie immobilisée et au repos pouvant guérir de sa tuberculose comme le font l'ostéo-arthrite, par le fait de l'immobilisation plâtrée, le poumon grâce à ce pneumothorax artificiel, dans certains cas.

7° Les procédés opératoires sont principalement au nombre de deux : la néphrostomie, l'urétéro-entéro-anastomose.

La première est le procédé de choix pour les malades

très cachectisés, car elle peut se faire à la rigueur, par voie d'anesthésie locale ; et dans les cas où l'on a une double tuberculose rénale, elle permet aussi de vérifier l'état des deux reins et supprimer au besoin l'un d'eux.

La néphrostomie *devra toujours* être accompagnée d'une ligature de l'uretère correspondant, afin d'éviter la possibilité à quelques gouttes d'urine de suivre la voie naturelle urétérale et compromettre ainsi le repos absolu de la vessie.

L'anastomose urétéro-intestinale pourrait être réservée aux cas où une néphrectomie ayant déjà été faite, comme dans l'observation de M. Legueu, il ne reste plus qu'un seul uretère à anastomoser — si elle est incontestablement beaucoup plus délicate à exécuter elle a sur la néphrostomie l'avantage énorme de soulager le malade sans lui apporter en échange une fistule.

Vu : *Le Doyen de la Faculté*,
P. LANDOUZY.

Vu : *Le président de la thèse*,
SEGOND.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bell. *J. of. cutaneous and gen. cir. diseases*, 1892.

Bardenhauer. *Wiener méd. Woschen.*, 1889.

Banzet. *ann. mal. org. gén. urin.*, 1897, p. 561.

Boari. Chirurgie de l'uretère, 1900.

Borelius. *Zentralblat f. chirur.*, 1907, 29-37.

Bosset. *Limousin médical, oct.*, 1894, p. 153.

Beresnigoosky. *In Oppel et Mirotvortzeff.*

Chaput. *Arch. gén. méd.*, 1894.

Duval et Tesson. *Ann. mal. org. gén. urin.*, 1900, p. 269.

Escat. *Ann. mal. org. gén. urin.*, 1897, p. 153.

Eigenbrodt. In thèse Michon.

Fedoroff. S. P. méd., 1899, n° 4.

Fowler. *Ann. J. of. méd. Science*, vol. CXV., 1898, p. 270-272.

Giordano. *Clinica chirurgica*, 1894, p. 81.

Goldenberg. *Beitrage Zur Klin Chir.*, 1904. Heft. 3. S. 627.

Guyon. *Semaine Médicale*, 1885. p. 367.

— III[e] Congrès de chirurgie 1888, p. 363.

Gluck et Zeller. *Arch. of. Klin. Chir.*, 1881, Bd. XXVI.

Hartmann. Thèse, Paris 1887.

Hartley. *C. Ven. J. M. News*, 1903, p. 385-388.

Herezel. *Centralbl. f. Harn. Sex. org.* 1905, p. 478.

Krynski. *Zentralbl. f. chir.*, 1896, n° 4.

Legueu. Traité chirurgical d'Urologie, p. 612.

— *Bull. médical*, 22 *oct.* 1910.

Martin. *J. of. the am. méd. ass.* vol. XXXII, p. 159-161.

Mauclaire. *Revue de chirurgie*, 1895.

Malherbe. 7[e] Sess. ass. Franc. Urol. 1903.

Morestin. *Ann. mal. org. gén. urin.* 1893, p. 224.
Michon. Thèse Paris 1895.
Miranda. Thèse Paris 1895.
Nagano. *Beitrage zur. Klin. Chir.* 1903, Heft. 2. S. 455.
Novaro. *Société Ital. di Chir.* 1887.
Oppel et Mirotvortzeff. *Chirourgui-arch. Veliam.* T. XXVI, n° 4, 1910, p. 784-796.
Pasteau. C. r. ass. franç. in. 7e sen. 1903.
Pilcher. *New-York méd. J.* 5 mars 1892, p. 257.
Paoli et Busachi. Congrès de Pavie 1888.
Rovsing. *Centralbl. f. chir.* 1907.
Schatz. *Centralbl. f. gyn.* 1886.
Thiriar. *Revue des Sc. méd.è* 1893, T. 41. p. 665.
Trendelenburg. *Deutsche ges. f. chir.* 1897. Bd. XIV, § 136.
Tuffier. *Revue de chirurgie* 1898.
Varnek. *Revue méd.* 1895, n° 6.
Van Hook. *J. of. am. méd. ass.* vol. XXV. 1893, p. 911.
Verhoogen et de Graeuwe. *Folia Urologica*, avril 1909.
Vigneron. VIIe Congrès chirurgie 1893.
Vigvoni. *Zentralbl. f. chir.* 1896.
Willems. *Arch. Intern. de chirurgie* 1911.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER. — Les cystites tuberculeuses graves 13

CHAPITRE DEUXIÈME. — Les cystostomies dans la tuberculose vésicale 17

CHAPITRE TROISIÈME. — La cystectomie totale dans la tuberculose vesicale 44

CHAPITRE QUATRIÈME. — L'exclusion vésicale dans la tuberculose vésicale 53

CHAPITRE CINQUIÈME. — Les modes d'exclusion vésicale. Discussion des procédés 87

CONCLUSIONS 106

BIBLIOGRAPHIE 109

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone 704.19.*